

REVISTA

FAROL

FACULDADE ROLIM DE MOURA

ISSN Eletrônico: **2525-5908**

www.revistafarol.com.br

Estudo contemporâneo dos transtornos mentais: revisitando a psicopatologia

Karoline Fernanda Sabino
Maria Izabel Pereira Carneiro

Estudo contemporâneo dos transtornos mentais: revisitando a psicopatologia

Karoline Fernanda Sabino¹

Maria Izabel Pereira Carneiro²

RESUMO: Este artigo visa apresentar um resgate histórico sobre o transtorno mental, sendo este conceituado pela APA- (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) como uma doença que apresenta perturbações significativas na cognição, na regulação emocional e no comportamento de uma pessoa que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, e geralmente, está associado ao sofrimento psíquico. Este estudo tem como objetivo discorrer sobre o surgimento do transtorno mental e as suas primeiras tentativas de classificação, conceituação da psicopatologia e os modelos atuais de compreensão da doença mental, assim como explicar sobre classificações atuais do transtorno mental e novas formas de tratamento. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, sua natureza é classificada como um resumo de assunto, sendo caracterizada por cunho bibliográfico, com objetivos exploratórios, realizada através de fontes de papel. Diante de tamanha relevância do assunto, serão apresentados os critérios diagnósticos, os tratamentos vigentes, a atuação do profissional na área da psicologia, além de apresentar informações relevantes sobre a reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Loucura. Transtorno Mental. Sofrimento Psíquico. Psicopatologia.

Contemporary study of mental disorders: facing the psychopathology

ABSTRACT: This article intends to present a historic review about mental disorder, been this study conceived by APA- (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) as a disease that presents significant perturbations on cognition, on emotional regulation and on a person behavior that reflects on a psychological process dysfunction, biologic or on development, underlying to the mental operation, and generally is been associated to the psycho-suffering. This study has as objective to discuss about the appearance of mental disorder and the first tentative to classify it, to concept the psychopathology and the actual standards of comprehending this mental disorder, as well as explain the actual mental disorders classifications and their treatments. It is a qualitative research that can be classified as a summary about the subject mentioned, been structured by a bibliographic study with exploration objective. Considering the relevant importance of the subject, it will be presented the criterions to diagnostic, the actual valued treatments, the professional intervention according to the psychology area, furthermore to present relevant information about the new studies.

Keywords: Madness. Mental Disorder. Psychic Suffering. Psychopathology.

1 INTRODUÇÃO

Em tempos remotos não existia tratamento adequado para pessoas que sofriam de algum transtorno mental, o internamento ocorria como forma de castigo. É importante destacar que, cerca de 70% dos indivíduos que eram tratados como loucos antigamente, geralmente não sofriam de nenhum transtorno mental. Eram indivíduos aprisionados, internados à força, sujeitos epiléticos, alcoolistas, homossexuais, mulheres prostitutas, sujeitos que se rebelavam tornando-se incômodas às pessoas com poder, além dos maridos que

¹ Discente do curso de Psicologia da Faculdade de Rolim de Moura – FAROL. E-mail: karolinefsabino@hotmail.com.

² Docente no curso de Psicologia da FAROL – Faculdade de Rolim de Moura.

internavam suas esposas para ficar com as amantes. Os “hospitais psiquiátricos” eram imundos, fediam a fezes e urina de humanos e de ratos, não havia cama para todos os “loucos”, mesmo em época de frio permaneciam sem roupas, os banhos eram coletivos (todos nus, onde uma pessoa jogava-lhes água com uma mangueira), não tinham água limpa para beber e acabavam por tomar o que restava em esgoto a céu aberto (ARBEX, 2013).

Em 1970, ocorreram várias denúncias sobre maus-tratos, criando condições favoráveis para a mobilização da opinião pública e de certos políticos sobre as questões da atenção à saúde mental. Com isso, deu-se início ao movimento da reforma psiquiátrica, sendo este marcado por debates sobre os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos reclusos em manicômios, que possibilitou mudanças significativas no conceito do transtorno mental que passa ser visto como um transtorno orgânico.

Atualmente compreende-se que o transtorno mental provoca sintomas como desequilíbrio emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento da memória, pode ainda trazer prejuízos sociais, familiares e individuais, sendo caracterizado por uma perturbação clinicamente relevante no aprendizado, na regulação emocional e no comportamento do indivíduo podendo apresentar uma alteração no processo psicológico, biológico e no desenvolvimento da função mental. Geralmente, está relacionado a sofrimentos que afetam questões sociais e profissionais do indivíduo (APA, 2014).

Portanto, este artigo visa organizar os resultados de uma pesquisa de cunho bibliográfico, na qual se propõe fazer um resgate histórico sobre o transtorno mental, trazendo dados importantes para a compreensão das formas de tratamento antigas e atuais, as contribuições da reforma psiquiátrica, as novas denominações, assim como a classificação atual do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Desta forma, tende a ampliar conhecimentos sobre a temática e oferecer à comunidade leiga esclarecimentos sobre o assunto, assim como aprofundar no estudo da história do transtorno mental e apresentar as possíveis alternativas de como lidar com pessoas com transtornos mentais, bem como compreender o sofrimento psíquico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Panorama histórico da loucura

O conhecimento sobre a história da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade, tendo aproximadamente 200 anos.

Entretanto, a loucura sempre existiu, assim como o lugar para se tratar dos loucos (que eram em templos e domicílios), que foi estabelecida como verdadeira instituição psiquiátrica a poucos anos atrás (GONÇALVES; SENA, 2001). A loucura tem a história relatada desde o início da civilização. O sujeito considerado anormal era abandonado à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais (SPADINI; SOUZA, 2006). No período que antecedeu o pensamento escolástico, os indivíduos passaram a ser considerados santos ou pecadores, por causa de suas visões, o que atualmente é chamada de alucinações, antes considerada uma manifestação da graça de Deus ou a ausência da graça, representando o pecado (BRISSET, 2012).

De acordo com Nogueira (2011), a compreensão do feitiço como doença, tanto nas acusações advindas da igreja, assim como páginas registradas por cirurgiões e médicos, não se restringia apenas a permanente afirmação de sua existência. A partir disto, encontrou-se com uma série de descrições dos males do corpo e da alma que as ações dos feiticeiros produziram. Resumindo, as “doenças de feitiço”, como qualquer outra, também possuía seus sintomas. Posteriormente, Hipócrates estabelece o modelo organicista da loucura, o qual tem ampla aceitação. Desta forma, ele percebe a loucura como um desarranjo do cérebro, provocado por disfunções humorais, sendo de causa orgânica (CHERUBINI, 2006).

De acordo com Silveira e Braga (2005), é somente no período pós-guerra que surge em vários países movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade, questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico, apontando a necessidade de reformulação, colocando em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas.

Por mais que pareça estranho, inicialmente a experiência com a loucura não era considerada algo negativo, nem mesmo uma doença. Pelo contrário, na Grécia antiga ela já foi considerada um privilégio. Alguns filósofos como Sócrates e Platão destacaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra (*manikê*) para designar tanto o “divinatório” como o “delirante”. Era através do delírio que alguns “privilegiados” podiam ter acesso a verdades divinas (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

De acordo com Brisset (2012) na Idade Média a experiência trágica da lepra, as pestes e as guerras ameaçavam as pessoas. Com o desaparecimento da lepra um novo mal surge no imaginário e nos corpos dos sujeitos: a doença venérea, abrangida como sinal de punição divina aos pecadores e libertinos. Posteriormente foram denominados “possuídos pelo demônio”, os hereges, onde as alucinações foram pela primeira vez classificadas nos manuais

dos inquisidores, no exame dos estudiosos em ciência da demonologia. Somente no século XVII, influenciada pelos princípios do internamento, ao lado da loucura é que a doença venérea vai começar a ser submetida aos preceitos do discurso médico, tornando-se objeto definido de patologização e de psicologização (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

Silveira e Simanke (2009), afirmam que na Renascença, a loucura esteve relacionada a forças místicas de um brilho sobrenatural, onde o louco aparecia como precursor das contradições e hipocrisias sociais. Aqueles designados como santos, pecadores, possuídos ou hereges puderam ser considerados como artistas, bobos, vagabundos, alienados, entre outros (BRISSET, 2012).

Spadini e Souza (2006) afirmam que na era do Iluminismo a doença passou a ser esclarecida mais pela razão, e as questões sobrenaturais diminuíram a força na influência da explicação da doença. Entretanto, os doentes continuavam sendo excluídos da sociedade e recebiam como forma de tratamento, purgativos e sangrias, além de serem tratados a chicote, morriam por falta de cuidados.

Por volta de 1780, Pinel (precursor no tratamento dos indivíduos com sofrimento mental), começou a interessar-se pela psiquiatria, entretanto, foi por volta de 1786 que passou a tratar desses doentes (MILLANI; VALENTE, 2008). De acordo com Spadini e Souza (2006), Pinel criou um novo modelo de entendimento sobre o adoecimento mental, passando ser caracterizado como um distúrbio do sistema nervoso, trouxe ainda grandes contribuições, com a primeira tentativa séria de categorização das doenças mentais, que agrupou em quatro categorias: "manias" ou delírios gerais, "melancolias" ou "delírios exclusivos", "demências" e "idiotias". Depois designou como doença que devia ser estudada. No entanto, permaneceu a estratégia de exclusão e isolamento do doente e percebia-se que esse era um tratamento imprescindível ao doente mental, pois acreditava que a família e a sociedade eram estímulos negativos, associando a uma causa física, acreditando que fatores psicológicos e sociais não estavam relacionados.

Ao estabelecer o fim do “Grande Enclausuramento”, Pinel cria com o ‘ato libertador’ a instituição de reclusão e isolamento do sujeito louco, denominada “asilo de alienados mentais”, instituição dos *anciens regimes* monárquicos que convinha ao recolhimento de todas pessoas marginais até a Revolução Francesa (TORRE; AMARANTE, 2011). De acordo com Velloso e Meireles (2007), Pinel libertou os doentes mentais das cadeias, das correntes e de tratamentos desumanos, fundando os primeiros hospitais psiquiátricos. Acabou com tratamentos como sangria e purgações, em favor de uma terapia que incluía respeito e cuidado

ao paciente. Empenhava-se ainda para que as pessoas que auxiliavam no tratamento, recebessem treinamentos adequados e que a administração das instituições fosse competente. Pinel acreditava que as doenças mentais resultavam de tensões sociais e psicológicas, e em alguns casos com interferência de causas hereditárias.

Algum tempo depois Pinel retoma o modelo psicológico, relegado ao esquecimento desde a época de Eurípedes. Não o aplica de forma pura, apenas considera os efeitos das paixões sobre o comportamento humano, defendendo ainda, tratamentos morais para os pacientes. Estes tratamentos inspiram remorso e autocondenação do paciente que não se pauta pelas normas ditadas pelo médico e sua equipe, as quais revelam o pensamento, em termos de moralidade e de normalidade, do segmento social dominante. Na atualidade, a Psiquiatria sustenta predominantemente, o modelo organicista (estabelecido anteriormente por Hipócrates), com emprego de psicofármacos e terapêuticas biológicas, como eletroconvulsoterapia. Entretanto há correntes que defendem a utilização de terapias cognitivas e o fim dos manicômios, conforme postula a antipsiquiatria (CHERUBINI, 2006).

De acordo com o autor, a prática do internamento, no começo do século XIX, encaixa-se com o momento no qual a loucura é compreendida menos em relação ao erro do que em relação à conduta regular e normal, portanto aparece não mais como ato perturbador, mas como perturbação na maneira de agir, de querer, de ter paixões, de tomar decisões e de ser livre (FOUCAULT, 1997, p. 48 apud TORRE; AMARANTE, 2011).

No século XX, através de Freud houve grandes contribuições originadas pela neuropsiquiatria, fazendo uma crítica ao asilo, colocou o ser humano no centro da atenção psiquiátrica fazendo a história dos sintomas e do homem, o que deu origem à psicanálise (SPADINI; SOUZA, 2006).

Silveira e Simanke (2009), afirmam que no classicismo com o surgimento das diversas casas de internamento o que se encontrava em jogo eram as práticas da internação enquanto institucional, que veio ocupar o vazio deixado pela segregação dos leprosos, visto que, a maioria dos internados eram pobres, desempregados, criminosos, prisioneiros políticos, prostitutas, usuários, sodomitas, mulheres viúvas, crianças órfãs, vagabundos, epiléticos, entre outros. Os internamentos eram realizados através de cartas régias, encaminhamentos policiais, solicitação de familiares, ou por pedidos paroquiais. Portanto, o internamento não passava de uma invenção social da alienação através do isolamento dos excluídos em ambiente estranho, e não familiar, que servia como limiar de separação da identidade alienada das mulheres “libertinas” das prostitutas, dos devassos, dos sujeitos com doenças venéreas e dos sodomitas.

Nesse sentido a internação ocorria como forma de castigo, e de terapia na purificação das almas e na cura dos corpos.

Desta maneira, no classicismo a loucura é remetida aos questionamentos éticos das proibições sexuais, dos preconceitos religiosos, das liberdades de pensamento que serve de chão para nosso conhecimento científico da doença mental (SILVEIRA; SIMANKE, 2009). Contudo Torre e Amarante (2011), afirmam que na época clássica, o enclausuramento do louco não colocava em questão as relações da loucura com a doença, e sim as relações da sociedade consigo mesma, com o que ela distingue ou não no comportamento dos sujeitos, no sentido de extinguir a desordem e atribuir a ordem pública.

Um ponto importante nessa concepção de reforma está relacionada ao conceito de “doença mental”, o qual passa a ser desconstruído para dar lugar a uma nova percepção sobre a loucura enquanto “existência-sofrimento” do indivíduo em relação ao corpo social (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Vale ressaltar ainda que o processo histórico da loucura no Brasil teve distinções bastante relevantes comparados aos da Europa. Desta forma, a atenção específica ao doente mental no Brasil teve início somente com a chegada da Família Real (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Segundo Silveira e Braga (2005), foram realizadas em 1987, 1992 e 2001, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, que possibilitaram a delimitação dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira atual e a conjectura de serviços substitutivos ao modelo hospitalar. Dentre as conquistas desse processo destacam-se o respeito à cidadania e a ênfase na atenção integral, onde o processo saúde/ doença mental é percebido dentro de uma relação com a qualidade de vida.

Conforme Torre e Amarante (2011), o novo tipo de história deste “outro giro de loucura”, expõe uma concepção de que a loucura não foi revelada em sua verdade essencial pelo olhar científico do alienista, “mestre da loucura”, que esperou que com o asilo e o isolamento terapêutico junto ao tratamento moral, seria possível “desvendar a verdade da doença mental”, quando na realidade estava apontando ao sujeito do conhecimento forjando um novo elemento da medicina e uma nova área de atuação no método de medicalização da sociedade moderna.

De acordo com Gonçalves e Sena (2001), a partir do momento em que se estabelece “o diferente”, incluindo uma nova forma de vivenciar a condição humana, para aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define o doente mental, excluído do

convívio dos ditos normais, foi separado dos donos da razão e dos que não ameaçavam a sociedade.

Portanto, é no século XIX que a loucura passa ser considerada doença mental. Anteriormente, os loucos eram confundidos com outras vítimas da segregação. Isto ocorria em hospitais gerais porque eram espaços indiscriminados, voltados para o abrigo dos diversos desfavorecidos e abandonados (SPADINI; SOUZA, 2006).

2.2 Reforma psiquiátrica

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início na década de 70, a partir de denúncias de maus tratos e violências aos doentes, falta de recursos e más condições de trabalho. Ocorreu através da busca por direitos ao doente enquanto ser humano, defendendo sua cidadania, buscando novas formas de tratamento, luta por mudanças de hábitos, por mudanças culturais, por tecnologias e por uma nova ética na assistência ao doente mental. A reforma coloca um novo olhar à psiquiatria, que junto com a institucionalização, contribui para o modelo do doente mental, alterando a concepção da doença mental, trazendo então a criação de novos modelos de atendimento, como serviços básicos, comunidades terapêuticas, entre outros (SPADINI; SOUZA, 2006).

Segundo Gonçalves e Sena (2001), a concretização da reforma psiquiátrica faz parte do dia a dia de vários profissionais de saúde mental, e tem como uma das direções principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A alteração gradual dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade.

Apesar de ser considerado um modelo falido, ainda predomina no Brasil, a assistência psiquiátrica através de hospitalização e asilamento do doente mental (que já foi tido como sinal de exclusão e de reclusão, todavia, atualmente age de forma mais consciente e menos exclusiva), visando atender a segurança da ordem e da moral pública (GONÇALVES; SENA, 2001).

Para Spadini e Souza (2006), a desinstitucionalização definiu uma estratégia do novo modelo que o movimento colocou em cena para modificar as relações de poder existentes na psiquiatria clássica. Contudo, nas propostas existe uma preocupação em reduzir o mínimo de

pacientes internados e o tempo de internação dos mesmos, além de fazer referência à participação da família e da comunidade no tratamento ao indivíduo com transtorno mental.

Vale ressaltar ainda que foram criados novos programas de reestruturação da assistência psiquiátrica, além das Conferências Nacionais de Saúde ocorridas no Brasil, que possibilitaram a superação do modelo manicomial. Contudo, percebeu-se que a partir da desinstitucionalização muitos indivíduos não teriam para onde ir, já que nem tinham como encontrar alguém de suas famílias. A partir de então, passou-se a beneficiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local (HIRDES, 2009).

O valor da participação da família na assistência ao doente mental é válido principalmente para o alcance de melhor qualidade de vida do doente e da própria família. Desta forma os profissionais que geralmente cuidam do indivíduo com transtorno mental precisam conhecer e compreender todo este contexto, oferecer apoio e orientações necessárias, além de ajudar o doente a participar do processo terapêutico, devendo voltar-se ao meio familiar e oferecendo suporte necessário, sendo indispensável trabalhar junto ao doente e seus familiares na compreensão da doença, para que a partir disso, aconteça realmente a melhoria na qualidade de vida de todos (SPADINI; SOUZA, 2006).

De acordo com Spadini e Souza (2006), é papel da família estar presente, cuidar e amparar o doente mental, pois é no meio familiar que os seus integrantes buscam suporte, compreensão e calculam possibilidades. No início a relação da família com a pessoa com transtorno mental é mais difícil, entretanto quando os sintomas devido ao transtorno estão controlados, a convivência pode ser equilibrada, mostrando que o indivíduo com transtorno mental, apesar de algumas limitações, é capaz de se relacionar e desenvolver atividades.

2.3 Definição de psicopatologia

A psicopatologia é uma disciplina científica que estuda a doença mental, assim como suas causas, as alterações estruturais e funcionais relacionadas, os métodos de investigação e suas formas de manifestação (sinais e sintomas). Sua terminologia foi criada por Jeremy Bentham, em 1817. “*Psyché significa alma, páthos, sofrimento ou doença; e logos, estudo ou ciência*” (CHENIAUX, 2015, p. 01, grifo do autor).

Sua origem se dá na tradição médica, sobretudo, alimenta-se de uma tradição humanística (filosofia, literatura, artes, psicanálise). Apesar de se beneficiar das tradições neurológicas, psicológicas e filosóficas, “a psicopatologia não se resume a uma ciência natural dos fenômenos relacionados às zonas associativas do cérebro lesado, nem a hipotética psicologia das funções mentais desviadas”. A psicopatologia é uma ciência autônoma, e não um prolongamento da neurologia ou da psicologia (DALGALARRONDO, 2008, p. 28).

A área da psicopatologia compreende um grande número de fenômenos humanos especiais, integrados ao que se designou historicamente de doença mental. São vivências, dos doentes mentais que possuem dimensão própria, genuína, não sendo apenas “exageros” e modelos de comportamento que apresentam especificidade psicológica, como as conexões complexas com a psicologia do normal (DALGALARRONDO, 2008).

Cheniaux (2015, p. 01), afirma que as psicopatologias podem ser classificadas em dois grupos: as explicativas e as descritivas. Sendo assim, as explicativas são baseadas em modelos teóricos ou achados experimentais, buscando esclarecimentos sobre o fundamento dos transtornos mentais. Já “as descritivas incidem na descrição e na classificação precisa de experiências anormais, como apresentadas pelo paciente e analisadas em seu comportamento. Dispõem um caráter semiológico e precedente em relação à psiquiatria clínica”.

Pinheiro, Aguiar e Mendes (2008) afirmam que nos dias atuais a psicopatologia está totalmente ligada à dimensão prática, visto que um importante aspecto chama nossa atenção: o regimento do sofrimento psíquico que justifica uma ação terapêutica. Ou seja, atualmente a intervenção terapêutica caracteriza a atividade em saúde mental a uma série heterogênea de fenômenos, que vão desde quadros clínicos definidos, como as neuroses, a histeria e as psicoses, até os problemas crescentes como depressões, pânico, e ainda, aos estados indefinidos de mal-estar não patológico relativo à condição de infância, adolescência, velhice e vítimas de doenças orgânicas.

2.4 Modelo de entendimento da doença mental

A compreensão da loucura se dá a partir de três modelos, o primeiro, trata-se do modelo mítico-religioso (ou mágico), o segundo modelo chamado organicista (ou médico), e o terceiro chamado de modelo psicológico. O modelo mítico-religioso baseia sua origem na antiguidade clássica, onde classifica a loucura a partir de forças sobrenaturais, sob o enfoque demonista, retirando a responsabilidade humana sobre sua conduta (CHERUBINI, 2006).

No modelo organicista procurava-se uma causa física para a loucura. A partir de suas pesquisas, Hipócrates classificou a loucura como perda da razão ou do controle emocional, e a denotou como um efeito do desarranjo do cérebro do indivíduo, sendo de natureza orgânica. Assegurou que sua origem deve ser buscada nas perturbações humorais, afastando definitivamente a ideia sobre a influência divina na loucura (CECCARELLI, 2005). O autor se dedicou às investigações do psiquismo com forte influência da biologia, devido a sua formação médica. Entretanto, os médicos naquela época não necessariamente acreditavam nas “doenças nervosas”, pois os aspectos psíquicos não eram considerados científicos. “Eles não sabiam o que fazer do fator psíquico e não podiam entendê-lo. Deixavam-no aos filósofos, aos místicos e – aos charlatães: e consideravam não científico ter qualquer coisa a ver com ele” (FREUD, 1996b, p. 215 apud CARLONI, 2011, p. 02).

Segundo Cherubini (2006), no modelo psicológico encontra-se dois sentidos. O primeiro acredita ser originária de descontroles emocionais. Já o segundo, em conformidade com as ideias de Pinel, é caracterizado como sinônimo de desequilíbrio das funções mentais, embora acrescente ainda o desequilíbrio das funções afetivas, por prescrever tratamentos físicos equivalentes aos já aplicados pelos organicistas.

Através da base dos procedimentos freudianos, imagina-se o psiquismo como uma organização que se desenvolveu para proteger o ser humano contra os ataques, internos e externos, que colocavam sua vida em perigo. Sendo assim, o psiquismo faz parte do sistema imunológico, onde, da mesma forma que uma pessoa pode estar mais vulnerável a contrair doenças por apresentar um sistema de defesa debilitado, pode também, estar menos equipado para responder aos ataques, internos (pulsionais e passionais) e externos (mudanças ambientais e perdas diversas), que se depara ao longo da vida e conseqüentemente, “adoece” psiquicamente (CHERUBINI, 2006).

2.5 Classificação do DSM 5 e da CID 10

2.5.1 DSM 5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

Caracterizada como transtorno, a doença mental apresenta perturbações significativas na cognição, na regulação emocional e no comportamento de uma pessoa que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Geralmente estão associados a sofrimento ou incapacidade

significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2014).

O diagnóstico do transtorno mental é relevante, pois auxilia, em contexto clínico, na determinação do prognóstico, na elaboração dos planos de tratamento e nos possíveis resultados do tratamento para seus pacientes. Entretanto, o diagnóstico de um transtorno mental não é compatível à necessidade de tratamento, sendo esta uma decisão clínica complexa que leva em consideração a gravidade dos sintomas, a importância dos sintomas como a presença de pensamentos suicidas, a dor mental do paciente associado aos sintomas, riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e sintomas psiquiátricos complicadores de outras doenças (APA, 2014).

Segundo descrito na APA (2014), os critérios diagnósticos são apresentados como orientações para realização de diagnósticos, que por sua vez é baseado no julgamento clínico. As descrições podem ajudar a dar suporte como, descrever os critérios de forma mais completa sob “Características Diagnósticas”.

Posterior à avaliação dos critérios diagnósticos, é preciso considerar a gravidade e os especificadores, que devem ser entendidos para indicar a apresentação atual do indivíduo quando os critérios forem totalmente satisfeitos. Caso contrário, como está descrito na APA (2014, p. 21):

[...] os clínicos devem considerar se a apresentação dos sintomas satisfaz os critérios para uma designação “outro transtorno especificado” ou “não especificado”. Quando aplicáveis, critérios específicos para definir a gravidade do transtorno (leve, moderado, grave, extremo), características descritivas (insight bom ou razoável em ambiente protegido) e curso (em remissão parcial, em remissão completa, recorrente) são fornecidos como cada diagnóstico. Com base na entrevista clínica nos textos descritivos, nos critérios e no julgamento clínico, realiza-se um diagnóstico final.

2.5.2 CID 10: Classificação internacional das doenças - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (OMS, 1993):

- ▶ **F0-** Transtornos mentais orgânicos;
- ▶ **F1-** Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas;
- ▶ **F2-** Esquizofrenia, transtorno esquizofrênico e delirante;
- ▶ **F3-** Transtornos de humor;
- ▶ **F4-** Transtornos neuróticos, estresse e somatoforme;

- ▶ F5- Síndromes comportamentais;
- ▶ F6- Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos;
- ▶ F7- Retardo mental;
- ▶ F8- Transtornos do desenvolvimento psicológico;
- ▶ F9- Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência.

2.6 Tratamentos vigentes e atuação do psicólogo

Uma grande mobilização deu origem à reformulação das políticas públicas da saúde mental nos anos 70 com a eclosão do “Movimento Sanitário”. Desta forma deu-se início ao Movimento da Luta Antimanicomial acoplado à reforma psiquiátrica que elaborava nova tática de trabalho através de mudanças no plano legislativo, na qual origina a lei 10.216, “Lei Paulo Delgado” que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais dando novo sentido a assistência em serviços de bases comunitárias (BRASIL, 2004). Nesta perspectiva foi implementada uma rede substitutiva, que prioriza a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, visando assistência mais humanizada aos indivíduos que sofrem de transtorno mental.

Sendo assim, os serviços de saúde mental extra-hospitalares no Brasil são compostos atualmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia (HD), Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e ambulatórios de saúde mental que visam a reestruturação e diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos. Portanto, foi instituído também o “Programa de Volta para Casa” que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (que desconhecem o paradeiro de suas famílias), afinal, a legislação de saúde mental brasileira procura estabelecer condições para que o indivíduo com transtorno mental seja inserido novamente na sociedade (JASNIEVSKI et al., 2011).

Os direitos dos indivíduos com transtorno mental precisam ser assegurados. Portanto, quando se percebe episódios onde é necessário que o paciente receba cuidados especiais, pode ser preciso realizar o internamento. Contudo, de acordo com a legislação vigente, o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a proporcionar assistência integral ao indivíduo com transtorno mental abarcando “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros, de modo a garantir que a finalidade do tratamento seja a volta do paciente à vida em sociedade”, proporcionando ao paciente

internado o direito a um tratamento com caráter progressivo, visando a sua desinternação. Sendo assim, somente em última instância, quando as mais variadas formas de tratamentos não forem eficazes para esses pacientes é que se inicia o tratamento através do internamento, sendo este realizado a partir de três modalidades (BRASIL, 2012, p. 20):

1. Internação voluntária: se dá a pedido ou com o consentimento da própria pessoa com transtornos mentais;
2. Internação involuntária: ocorre sem o seu consentimento, a pedido de terceiro ou;
3. Internação compulsória: determinada pela Justiça.

Apresenta-se então meios de como lidar com um indivíduo com transtorno mental (BRASIL, 2012, p. 17):

- Indivíduos com transtorno mental devem ser tratados de modo que “se sintam acolhidos e valorizados no seu modo de ser, ouvidos e reconhecidos em suas necessidades e vontades”, principalmente no decorrer do tratamento, permitindo benefícios em sua vida.

Segundo orientações de profissionais especializados na área de saúde mental, quando uma pessoa com transtorno mental está em crise é preciso:

- No primeiro momento, acolhê-la e tratá-la com respeito, demonstrando que ela pode estabelecer confiança;
- Segundo, deverá ser encaminhada (assim que possível) a um CAPS ou hospital em que exista atendimento integral às pessoas com transtornos mentais; e
- Se for preciso internação, deverá ser feita pelo tempo determinado.

O transtorno mental ao mesmo tempo em que fascina algumas pessoas assusta e afastam outras. Enquanto uns associam-no ao sofrimento, a desorganização psicológica, outros relacionam à condição de vida social do indivíduo e às suas relações com a família. Vale ressaltar, portanto, o papel do psicólogo ao lidar com o doente mental. Diversos profissionais buscaram analisar e tratar pessoas com transtorno mental no decorrer da história. Somente após o século XX psicólogos se unificam as instituições de saúde mental e enfrentam os desafios. Cabe aos psicólogos que atuam em instituições de saúde mental trabalhar e unificar equipes de profissionais de áreas diversas. O trabalho deve ser integrado, marcado pela democratização, favorecendo a compreensão do indivíduo, com o objetivo de evitar o isolamento do sujeito com transtorno mental. O papel do psicólogo então é mediar a reintegração, desvinculando-o da instituição, possibilitando o resgate da cidadania, impedindo que se torne crônico, tentando evitar novas crises e demonstrando que o indivíduo tem direito

a buscar e realizar seus objetivos e seus direitos (SANT'ANNA; BRITO, 2006).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de toda história da loucura, os indivíduos foram mantidos fora do convívio social, permaneciam excluídos, não existia uma política de acolhimento, recebiam maus tratos, e essa demanda era inserida em 'hospitais psiquiátricos', porém a internação ocorria como forma de castigo. Somente após a reforma psiquiátrica foi possível a inserção dos mesmos em instituições de acolhimento e posteriormente nos CAPS, que têm sido implantados com a finalidade, sobretudo, de resgatar a cidadania do paciente, que se configura como um ambiente mais familiar, humanizado e acolhedor.

Contudo, para que haja um processo de inserção mais humanizado em nossa sociedade o novo paradigma em saúde mental necessita não só de instituições, mas também de profissionais comprometidos com uma nova abordagem à doença mental, prestando atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos, acolhendo e atendendo as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, assim como procurar preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica. É preciso ainda, articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental buscando promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Sendo assim, cabe ao psicólogo acolher o indivíduo com sofrimento psíquico, estimular a busca por autonomia, auxiliar o desenvolvimento pessoal, assim como, promover integração no meio familiar e social em que o indivíduo se encontra inserido; apresentar meios de como lidar com os desafios que poderão ocorrer, além de trabalhar estratégias de reconhecimento pessoal e profissional.

4 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria-Geral da República. **Cartilha direito à saúde mental**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRISSET, F. O. B. Loucura, direito e sociedade: um laço de presunções ideologicamente justificadas. **Revista de direito sanitário**. São Paulo, v. 12, n. 3, p. 119-124, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/691/700>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

CARLONI, P. A história e a constituição da Psicanálise: introdução aos principais conceitos freudianos para entender a subjetividade humana. **RENEFARA - Revista Eletrônica de Educação da Faculdade Araguaia**. v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <<file:///D:/Downloads/27-70-1-SM.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a14>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

CHENIAUX, E. **Manual de psicopatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CHERUBINI, K. G. **Modelos históricos de compreensão da loucura: da antiguidade clássica a Philippe Pinel**. Teresina, ago. de 2006. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12432-12433-1-PB.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

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

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 09, n. 2, p. 48-55, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Gravataí-RS. v. 14, n. 1, p. 297-305. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

JASNIEVSKI, C. R. et al. Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira: percepções dos familiares. **Colombia Médica**, Curitiba. v. 42, n. 2, p. 63-69. 2011. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/pdf?rc11041>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. C. **O caminho da loucura e a transformação aos portadores de sofrimento mental**. Ribeirão Preto, v. 04, n. 2, p. 01-19, jun. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a09.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

NOGUEIRA, A. L. L. **As “doenças de feitiço” e as Minas do século XVIII.** São Paulo, jul. 8897_ARQUIVO_comunicacaoANPUH-2011.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10: classificação de transtornos mentais e de comportamento: Descrições Clínicas Diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PINHEIRO, C. V. Q.; AGUIAR, I. M. A.; MENDES, L. C. B. O sofrimento psíquico e as novas modalidades de relação entre o normal e o patológico: uma discussão a partir da perspectiva freudiana sobre o caráter do psicopatológico. **Interação em Psicologia.** Curitiba, v.12, n. 2, p. 299-305, jul./dez. 2008. Disponível em: <file:///D:/Downloads/10269-52362-2-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 19 ago. 2015.

SANT’ANNA, T. C.; BRITO, V. C. A. A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. Universidade Católica de Brasília. **Psicologia ciência e profissão.** Brasília, v. 26, n. 3, p. 368-383. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v26n3/v26n3a04.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2015.

SILVEIRA, F. A; SIMANKE, R. T. A psicologia em história da loucura de Michel Foucault. **Revista de Psicologia.** v. 21, n. 1, p. 23-42, jan./ abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n1/03.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v. 13, n. 4, p. 591-595, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2015.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. Esc. Enferm- USP.** Ribeirão Preto – SP, v. 40, n. 1, p. 123-127. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2015.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P.; Michel Foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 41-64. jan./jun. 2011. Disponível em: <file:///D:/Downloads/1502-6069-1-PB%20(1).pdf >. Acesso em: 10 ago. 2015.

VELLOSO, M. A. F.; MEIRELES, M. M. **Seguir a aventura com Enrique José Pichon-Rivière: uma bibliografia.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017

Aprovado para publicação em março de 2017