

MEDICINA



Médico
Profissional
de valor

Ano 11 | Edição 41 | Dezembro | 2016 | www.amp.org.br

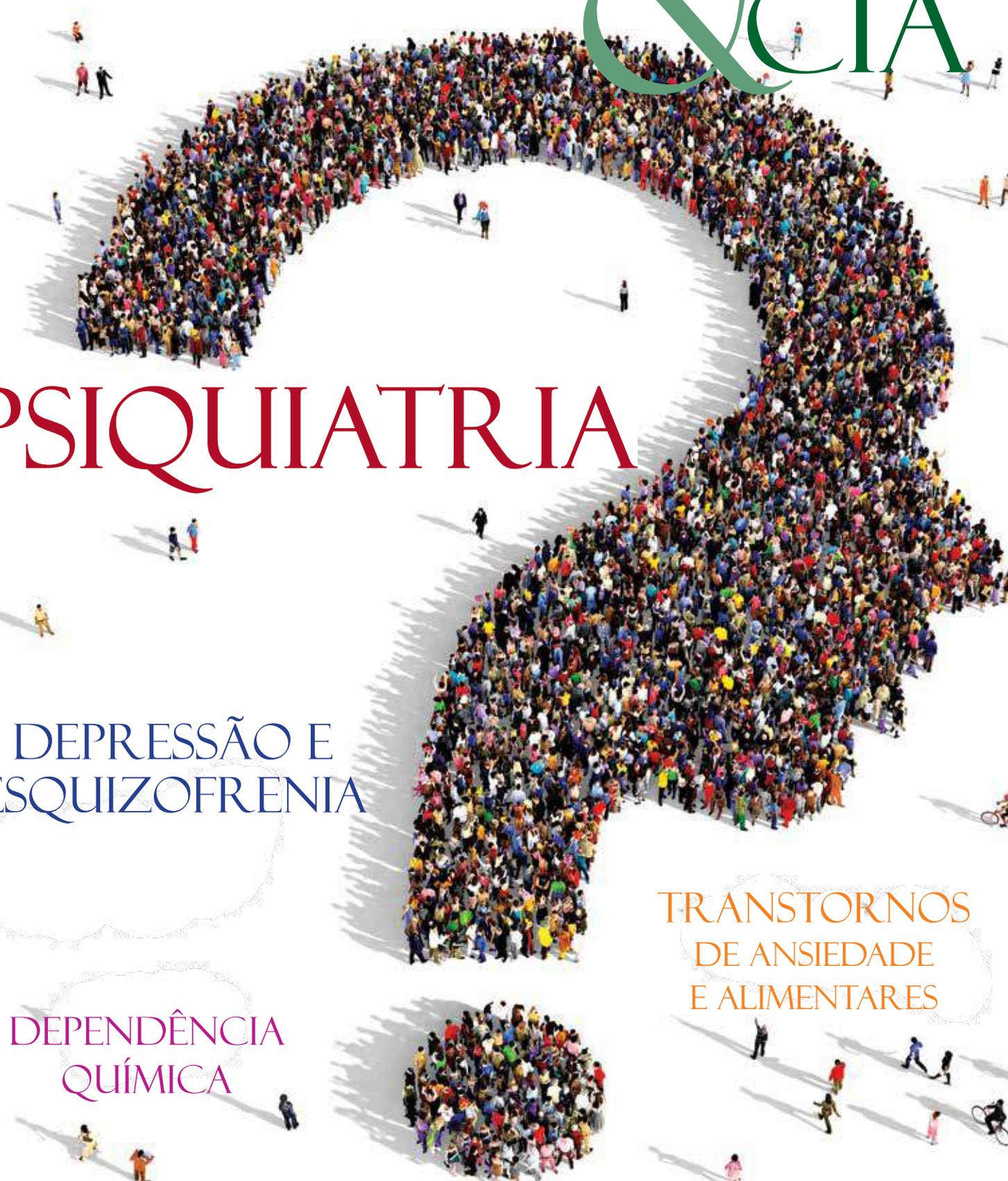
CIÊNCIA

PSIQUIATRIA

DEPRESSÃO E
ESQUIZOFRENIA

DEPENDÊNCIA
QUÍMICA

TRANSTORNOS
DE ANSIEDADE
E ALIMENTARES



Qual é a sua necessidade de conhecimento?

A UCAMP – Universidade Corporativa da AMP é uma universidade formalmente constituída dentro dos moldes das melhores e maiores universidades corporativas das grandes instituições.

A área da saúde está entre as que mais experimentaram evolução nos últimos tempos. E isso impõe a necessidade de atualização e reciclagem permanente.

Nosso objetivo é transformar a UCAMP num polo de educação permanente, extrapolando as dimensões técnicas ou até mesmo eventuais barreiras política, nos mantendo ativos na Sociedade do Conhecimento.

Para que isso ocorra, precisamos saber quais são as suas necessidades de informação e como podemos atendê-las.

Fale conosco:

diretoriaacademica@ucamp.org.br

41 30241415

Associação
Médica do
Paraná
Universidade
Corporativa



Médico
Profissional
de valor



3 SAÚDE MENTAL
AINDA É TABU
NO BRASIL



DIFICULDADES DE
RELACIONAMENTO
NO DIA A DIA PODEM
INDICAR DOENÇA
PSIQUIÁTRICA

6

12

DEPRESSÃO E
TRANSTORNO
BIPOLAR
1/5 DA POPULAÇÃO VAI
PASSAR POR ISSO



DOENÇA MENTAL
NÃO É SINÔNIMO
DE INCAPACITAÇÃO
PARA O TRABALHO

15

18

NÃO É CRIME,
NÃO É ESCOLHA,
É DOENÇA

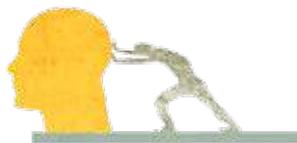


SUICÍDIO

22

26

DELÍRIOS E
ALUCINAÇÕES



TRANSTORNO
ALIMENTAR
TAMBÉM É DOENÇA MENTAL

30

editorial

Vamos cuidar da nossa mente?

“Você não adoece do estômago? Não adoece do rim? Por que não pode adoecer do cérebro?”. Essa foi a frase do poeta Ferreira Gullar, que nos deixou neste mês, a qual retrata a naturalidade como a psiquiatria deveria ser tratada pela sociedade. Sem estigmas, sem preconceitos, sem associação à “loucura”. Transtornos mentais atingem uma parcela significativa da população mundial. A cada cinco pessoas, uma tem ou terá algum problema de saúde relacionado ao seu psíquico. No entanto, grande parcela desses doentes ainda resiste em procurar uma ajuda especializada por preconceito ou medo de uma rejeição social.

Nesta edição da revista Medicina & Cia, abordaremos a psiquiatria, uma especialidade médica extremamente importante para a manutenção da plena saúde, pois, além dos problemas diretos que podem trazer à vida da pessoa, problemas de saúde mental podem agravar ou até desencadear várias outras doenças orgânicas.

Nas próximas páginas, quebraremos tabus sobre assuntos normalmente evitados, desmistificaremos diversas doenças, mostraremos que elas são muito mais comuns do que se tem ideia, mas que também têm resultados muito interessantes quando tratadas.

Boa leitura e nunca hesite em procurar um médico psiquiatra.

Dr. Nerlan Carvalho – Presidente da Associação Médica do Paraná

Expediente

MEDICINA & CIA

é uma publicação da

Associação Médica do Paraná
Rua Cândido Xavier, 575.

Água Verde CEP 80240-130

Curitiba – PR

Fone (41) 3024-1415

Jornalista responsável

Roger Pereira – MTB 5867

comunicacao@amp.org.br

Revisão

Caibar Magalhães Jr.

Redação e Edição

Roger Pereira

Projeto Gráfico e

Diagramação

Leticia Ferreira - Cintia Silva/

Vicente Design

Conselho Editorial

Dr. Nerlan Carvalho

(Presidente da AMP)

Dr. Carlos Roberto

Naufel Junior - diretor de

Comunicação Social da AMP

Dr. André Rotta Burkiewicz.

- presidente da Associação

Paranaense de Psiquiatria

Priscila Naufel - jornalista da

Associação Paranaense de

Psiquiatria



pathdoc/Shutterstock

SAÚDE MENTAL AINDA É TABU NO BRASIL

Tristeza, timidez, alterações de humor, medos, ansiedade, hiperatividade. Essas são algumas situações pelas quais todos podemos passar no dia a dia, mas que, quando muito frequentes, a ponto de atrapalhar nossa rotina, podem indicar que estamos doentes e que é hora de visitar um psiquiatra médico especialista na saúde mental do ser hu-

mano. Mesmo no século XXI e com a disponibilidade de diversos canais de informação, a visita ao psiquiatra ainda é um tabu para muitas pessoas, que acabam deixando que tais problemas atrapalhem sua vida por puro preconceito.

“Muitos pacientes não buscam o tratamento com psiquiatra. Mesmo reconhecendo haver algo errado com

sua saúde mental, acabam procurando outras especialidades médicas para se tratar, porque eles têm preconceito em relação ao especialista. Achar que vão ser chamados de ‘loucos’ por estarem em tratamento psiquiátrico. Infelizmente, muitas vezes eles vão a esses outros especialistas que não têm conhecimento suficiente sobre a doença, fazendo, às vezes,





tratamentos que não são adequados, agravando ainda mais a doença em função disso.”, alerta o presidente da Associação Paranaense de Psiquiatria, Dr. André Rotta Burkiewicz. “Se você tiver um câncer de mama, tem que buscar um mastologista, assim como se você tiver hipertensão, tem que buscar um cardiologista. Na psiquiatria, quando alguém tiver algum transtorno de ansiedade ou em relação ao humor, tem que buscar um psiquiatra para fazer um tratamento mais adequado”, reforça, dizendo que o psiquiatra deve ser procurado quando o paciente percebe alterações de comportamento, conduta, sentimentos, emoções, ansiedade, que comecem a dificultá-lo a viver a vida normalmente.

O médico explica que as doenças psiquiátricas são muito mais comuns do que se pensa e o acompanhamento médico e o tratamento adequado pode levar ao controle eficaz da maior parte delas, permitindo ao paciente uma vida normal. “A doença mais prevalente na psiquiatria é a depressão. Hoje temos estudos que indicam que até 17% da população mundial sofre desse mal. Outro transtorno de humor, como o transtorno bipolar, chega a atingir até 8% das pessoas. Até a esquizofrenia, um transtorno psicótico mais grave, em que a pessoa tem delírios, alucinações, também tem uma incidência significativa, atingindo 1% da população”, diz o médico.

Para o especialista, o aumento dos casos notificados de doenças mentais nos últimos anos não indica aumento de incidência, mas sim um número maior de pessoas procurando tratamento. “As porcentagens de pessoas com essas doenças têm se mantido nos últimos anos. O que tem aumentado é o acesso das pessoas à informação e ao tratamento. O próprio estigma da doença, que antes era muito grande, está diminuindo. Ainda existe bastante, mas diminuiu nos últimos anos. É um somatório de fatores que vem fazendo com que venha aumentando o aparecimento dela para a população”, disse, explicando que uma das poucas doenças mentais que registrou crescimento de incidência nos últi-

Como saber que minha alteração de humor é uma doença?

“A palavra que eu uso muito para os pacientes é prejuízo”, explica Dr. André Burkiewicz. “Eles têm um prejuízo quando começam a deixar de fazer coisas que eles faziam antes. Quando eles deixam de ter prazer no

que tinham antes ou quando começam a ter uma dificuldade no trabalho que não tinham antes, é quando entra em cena essa palavra, *prejuízo*, que marca o momento de buscar ajuda”, detalha.

mos anos foi a dependência química.

Na primeira consulta, diz o especialista, o médico analisa o quadro do paciente e já diagnostica se o caso merece uma intervenção clínica ou se pode ser solucionado apenas com o acompanhamento de um profissional de psicologia. “Muitas vezes há pacientes que estão passando por uma transição, um período de luto, um momento mais difícil do trabalho e a psicoterapia já é suficiente para melhorar esse quadro. A partir do momento em que percebemos que aquilo já é grave o suficiente para causar esse prejuízo, impedindo o paciente de evoluir na

vida, avaliamos então qual é a doença. E aí a grande dificuldade na psiquiatria porque não existe nenhum exame que nos diga 100% o que o paciente tem”, conta, revelando que o profissional trabalha com hipóteses. “Às vezes chega um paciente que está deprimido. Começamos a medicá-lo, mas, dentro de duas, três ou quatro consultas, percebemos que ele não é bem um depressivo, pois ele começa a ficar eufórico, ou mais ansioso e mais irritado, e aí fazemos um novo diagnóstico de transtorno bipolar e a medicação muda totalmente. Então, na psiquiatria existe essa si-



tuação que é muito diferente das outras especialidades médicas, pois temos que trabalhar muito com investigação e com a informação do paciente para chegar a um diagnóstico. Não há nenhum exame que vai nos ajudar a trazer alguma outra informação de fora que possa ajudar nesse tratamento.

Não confundir psiquiatria e psicologia

Ainda é comum a confusão entre psiquiatria e psicologia, duas ciências complementares, mas distintas na forma de aplicação e também nas indicações. Enquanto a psicologia é uma ciência que estuda e sugere intervenções no comportamento e nos processos mentais, a psiquiatria é uma especialidade médica, que atua sobre a função neurofisiológica do ser humano. “Esses transtornos são caracterizados por alterações de anatomia e de microbiologia. Existem alterações de neurotransmissores, pois toda essa

parte que envolve o circuito cerebral está alterada nesses pacientes. É aí que atua o médico psiquiatra. A psicologia se envolve com psicoterapia, que pode ser usada junto com a psiquiatria para desenvolver um tratamento mais adequado ao paciente, porque o paciente é um conjunto de situações. Temos que tratar com a parte médica, com medicação para que ele estabilize, mas, junto a isso, temos, por exemplo, que ensinar o paciente a enfrentar aquelas situações de estresse pelas quais ele está passando. Assim, a psicoterapia,

que a psicologia faz muito bem nessa situação, acaba trabalhando em conjunto com a psiquiatria”, explica o presidente da Sociedade de Psiquiatria.

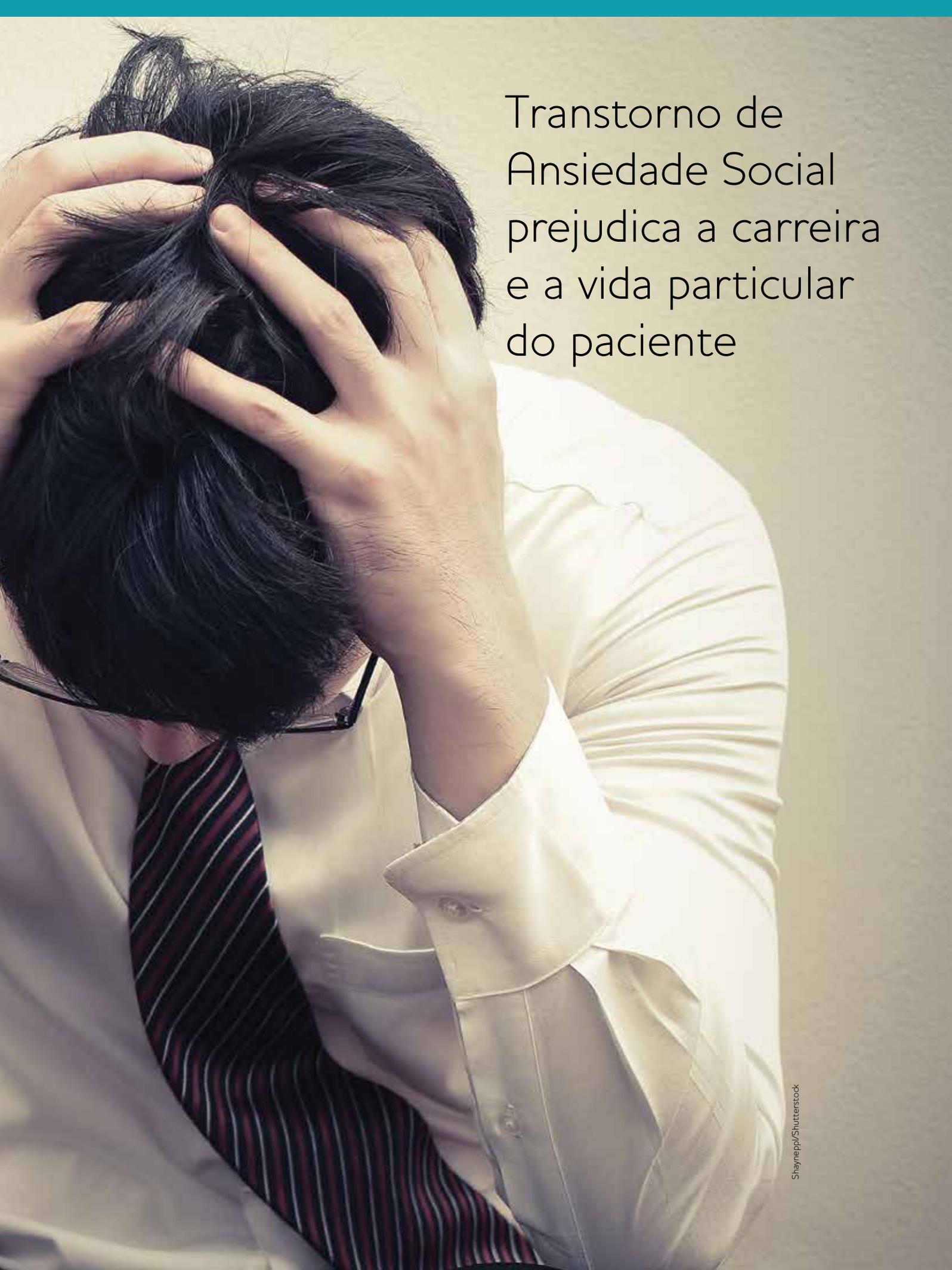
Dr. André esclarece que as causas de doenças psiquiátricas são multifatoriais. “Há um componente genético importante, mas há também fatores ambientais que desencadeiam crises. Seja o uso de substâncias psicóticas, sejam fatores socioambientais, como uma situação de estresse elevado ou um trauma”, diz.

DIFICULDADES DE RELACIONAMENTO NO DIA A DIA PODEM INDICAR DOENÇA PSIQUIÁTRICA

Uma das patologias mais frequentes da psiquiatria e, muitas vezes, negligenciada pelos próprios doentes e seus familiares é o Transtorno de Ansiedade Social. Aquela timidez, o medo de falar em público, o pavor em ser julgado pelos outros ou a famosa “travada” diante de algum desafio ou até uma atividade corriqueira, como dirigir, quando exageradas a ponto de prejudicar a rotina da pessoa, é uma patologia, que precisa ser tratada por um especialista. A ansiedade social é comum e até saudável, uma vez que deixa a pessoa mais atenta, precavida para evitar possíveis situações de embaraço. No entanto, ela passa a ser um transtorno quando isso impede que as pessoas enfrentem determinadas situações comuns do dia a dia por temer um eventual constrangimento.

“A ansiedade social é uma espécie de alarme que qualquer um de nós pode experimentar de forma saudável, sempre nos vemos em uma situação em que potencialmente a avaliação de nossa apresentação, ou da nossa pessoa pode ser negativo. Aparentemente a base da sensação na ansiedade social, mesmo nas situações saudáveis, tem a ver com a experiência do embaraço, aquela sensação de ficar sem jeito, envergonhado, sentindo-se meio exposto diante da observação de outras pessoas, seja porque estávamos falhando, cometendo uma gafe, ou até



A close-up photograph of a man in a white dress shirt and a dark, striped tie. He is covering his face with both hands, with his fingers buried in his dark hair. The lighting is soft, and the background is a plain, light-colored wall. The overall mood is one of intense stress or anxiety.

Transtorno de
Ansiedade Social
prejudica a carreira
e a vida particular
do paciente

mesmo por estarmos sendo observados, até mesmo quando estamos sendo elogiados, chamando atenção positivamente, às vezes nos sentimos embaraçados”, explica o psiquiatra André Astete. “Mas essa sensação do embaraço para algumas pessoas é mais intensa e mais incapacitante, causando mais sofrimento. Quando ela tem isso de uma maneira muito marcante e começa a se preocupar em experimentar essas sensações, inclusive afetando as escolhas em relação a atitudes e tudo mais, a pessoa acaba optando sempre pelo retraimento, sempre pela renúncia a interagir socialmente. Isso vira um transtorno conhecido como Transtorno Ansioso Social”, complementa, citando que os pacientes normalmente começam a evitar certas coisas porque têm medo de ficar embaraçados, têm medo de transparecer a ansiedade diante das pessoas, ou começam, também, a ter preocupações perfeccionistas, medo de cometer erros, e começam a evitar envolver-se nessas situações. “Pessoas com transtorno de ansiedade social sofrem por coisas que não causam sofrimento em outras pessoas”, aponta.

Para o médico, o que diferencia uma ansiedade saudável perante uma situação importante e um transtorno é a frequência com que esse comportamento se ma-

nifesta. Normalmente, quando a pessoa experimenta a ansiedade social, é porque ela tem algum nível de estresse naquele momento. “Quando aquilo se torna frequente - e é realmente um pouco subjetivo o que é frequente ou o que é o limite do patológico com o aceitável -, isso começa a trazer prejuízos no desenvolvimento, principalmente nos adolescentes, porque é uma doença de pessoas jovens”, explica Astete. Ele destaca que, na maioria dos casos, a doença começa a se manifestar no final da infância ou no início da adolescência, “e percebemos que o desenvolvimento das habilidades comportamentais ou das

conquistas sociais são prejudicadas por causa disso”, diz, destacando a importância de pais e professores acompanharem o desenvolvimento escolar e social dos jovens para perceber qualquer anormalidade. “Uma criança que não consegue fazer amigos não consegue participar de brincadeiras, tornando-se uma criança que sofre nas interações sociais. Um adolescente que se torna isolado, que não consegue interagir, que não consegue, por exemplo, desenvolver habilidades para coisas como as primeiras experiências românticas, sexuais, aprovação de relacionamentos e amizades, começa a sofrer em situações cotidianas”.

Christine Langer-Pueschel/Shutterstock



O médico explica que existem formas diferentes de transtorno da ansiedade social. Algumas têm essa sensação generalizada de desconforto, inibição e embaraço, pois são pessoas patologicamente tímidas, e há ainda pessoas que têm fobias de certas situações específicas, como falar em público, dirigir. “A pessoa é até extrovertida, mas tem dificuldade de falhar nessas *performances*. São ansiedades sociais limitadas à *performance*”, diz, citando ser comum, inclusive, que esse transtorno afete esportistas. “Aquele atleta de alto

nível que sempre falha no momento decisivo pode estar precisando de ajuda médica”, destaca.

O diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social depende exclusivamente da identificação clínica. É a descrição detalhada da experiência do paciente que permite o diagnóstico de forma segura. “Não existem exames para determinar com maior ou menor certeza o transtorno. É um diagnóstico totalmente clínico”, reforça Dr. André.

Psicologia como grande aliada

“O tratamento principal, que é útil para todas as formas e grau de intensidade de ansiedade social, é a psicoterapia”, indica o médico psiquiatra André Astete. “A psicoterapia consiste em um conjunto variado de técnicas, como a psicoterapia cognitiva comportamental, que envolve desde exercícios de exposição de habituação, até treinos de controle de ansiedade e desenvolvimento de habilidades sócias”, aponta. “Então, por exemplo, vamos imaginar alguém que tenha ansiedade social para falar em público. Essa pessoa vai treinar a oratória, para desenvolver habilidade, treinar técnicas de expressão, e vai executar isso repeti-

das vezes até se dessensibilizar”, diz o médico. “E existem também aspectos da psicoterapia que são voltados ao manejo dos pensamentos. São distorções que as pessoas atribuem ao próprio desempenho e à maneira como eles acham que foram avaliados. Até mesmo a atitude em relação aos outros é irrealista e, frequentemente, as pessoas conseguem perceber que são atitudes distorcidas e que é preciso substituí-las por pensamentos mais saudáveis que permitam atitudes mais dedicadas”, acrescenta.



Em casos mais complexos, o médico explica que medicamentos do grupo dos antidepressivos podem ser associados à terapia. “Isso porque a ansiedade social causa depressão, já que as pessoas têm muito desconforto com essas situações. Outras drogas, como os calmantes, também podem beneficiar alguns grupos de pacientes”, conta.

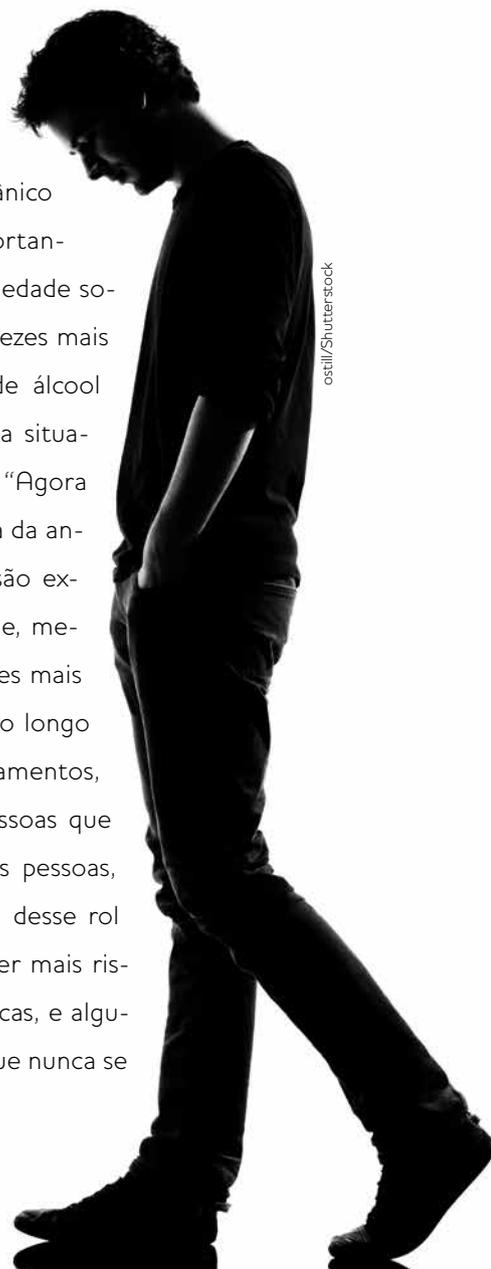
O médico explica que o transtorno é uma doença crônica, mas o nível de resposta a seus tratamentos é bastante razoável. “Dependendo do que constitui o método terapêutico que ajudou o paciente, ele tem um nível maior ou menor de independência do contato com os técnicos. Se você se beneficiou da psico-

terapia, você ganha muita independência. Psicoterapia é um aprendizado que serve para gerenciar a sua dificuldade ao longo da vida. Você vai buscar reatendimento com um psicoterapeuta em situações pontuais, às vezes em algumas crises específicas que possam surgir diante de algumas mudanças de vida. Às vezes, você estabilizou com o auxílio e uso de medicamentos. Nesses casos, a utilidade do medicamento é persistente, mas algumas pessoas vão desenvolvendo muitas habilidades e superando muitas situações de uma forma que, depois de um certo tempo, pode-se tornar seguro tentar suspender a medicação sem a recaída da sintomologia geral”

Complicações para o resto da vida

O tratamento do Transtorno de Ansiedade Social é relativamente simples. Com psicoterapia aliada a medicamentos (quando necessário), o paciente consegue, em algumas semanas, a evolução necessária para enfrentar, gradualmente, as situações que lhe causavam embaraço. O grande problema, salienta Dr. André Astete, são os casos em que a doença é subestimada e não se procura a ajuda médica. O doente que não trata a ansiedade social é muito mais propenso ao fracasso acadêmico, ao insucesso profissional a dificuldades na vida amorosa, por exemplo. Mas há consequências também para a saúde, com a doença podendo acarretar comor-

bidades como depressão, ataques de pânico e dependência química. Uma coisa importante em pacientes com transtorno de ansiedade social é o uso de álcool. Eles têm quatro vezes mais chances de desenvolver dependência de álcool do que a população geral, o que é uma situação séria também”, destaca o médico. “Agora os prejuízos que a pessoa tem por causa da ansiedade social moderada, importante, são extensos. Eles têm menos empregabilidade, menos renda, mais fracasso acadêmicos, eles mais frequentemente são pessoas solteiras ao longo da vida e não conseguem ter relacionamentos, especialmente os homens. Eles são pessoas que têm mais doenças físicas que as outras pessoas, têm menos saúde mental. Mesmo fora desse rol de complicações comuns, eles podem ter mais riscos de outras patologias ainda psiquiátricas, e algumas pessoas têm tal nível de limitação que nunca se tornam pessoas independentes”, relata.



ostill/Shutterstock

Preconceito pode agravar a doença

O psiquiatra André Astete alerta para comportamentos da sociedade que podem agravar a situação de um paciente já propenso a ter o Transtorno de Ansiedade Social. Ele cita o exemplo de pessoas com deficiência ou que sofreram algum tipo de deformação ou queimadura, principalmente na face, assim como vítimas de preconceito étnico, racial ou sexual. “Experimentar a ansiedade social é algo que qualquer pessoa pode ter. Então em qualquer situação em que você se sente potencialmente menos acolhido em termos sociais e mais exposto a críticas, você tem mais chance de experimentar ansiedade social. O que não quer dizer que você tem o transtorno. Situações em que ocorra uma predisposição à exclusão social, não só a deficiência física, podem vulnerabilizar as pessoas”, diz, citando haver estudos que indicam maior incidência da doença nessas populações.

“Em relação a fenômenos ligados à percepção de um prejuízo, uma falha pessoal de cumprir alguns parâmetros de aceitabilidade, se você conceber que isso é uma perseguição, que é uma discriminação por conta de atitude mais psicopática dos outros, isso sensibilizará menos do que se você achar que a culpa é sua, que é você que falhou”, explica destacando a importância de se deixar bem claro que, nesses casos, a anormalidade está na pessoa que pratica o preconceito. “Mas as

pessoas com muita ansiedade social realmente esperam o pior dos outros, esperam que as pessoas sejam sarcásticas, sejam discriminatórias, que de alguma maneira as tratem de forma humilhante. Vão se convencendo de uma espécie de má intenção, principalmente das pessoas menos conhecidas”.

Dr. André também chama a atenção para a prática do *bullying* na escola, justamente na faixa etária em que a doença começa a se manifestar. “O *bullying* parece poder acontecer com mais frequência em pessoas com ansiedade social do que em pessoas que não a têm. Basicamente porque a vítima de *bullying* é normalmente um desconectado social por várias razões, não só porque tem ansiedade social. Então aquele que tem menos apoio

social é mais vulnerável para sofrer *bullying*”. Para Astete, o *bullying* é mais consequência do que causa do transtorno: “É possível que a desconexão social nos coloque sob risco, mas, uma vez que sofremos nesse cenário, acentuamos todas as coisas que nos mantinham no meio mais isolados em termos sociais. O que faz com que aumente as chances de alguém ser escolhido para sofrer *bullying* é a dificuldade de essas pessoas se inserirem socialmente. Assim, se percebemos uma criança que não consegue fazer parte das rodinhas, ou até aquele menino, por exemplo, que parece buscar afirmação só em atividades sobre as quais tem domínio perfeito, está na hora de procurar o médico. E a escola tem papel fundamental nisso”, conclui.



wavebreakmedia/Shutterstock

DEPRESSÃO E TRANSTORNO BIPOLAR

1/5 DA
POPULAÇÃO
VAI PASSAR
POR ISSO

Cerca de 20% da população mundial já passou ou vai passar por um transtorno de humor, patologia que vai desde um quadro de depressão leve, causado por algum fator externo transitório, até depressões graves e transtorno bipolar, que exigem uma intervenção médica intensa e contínua. A mais comum delas é a depressão. Estudos da Organização Mundial de Saúde apontam que até 17% das pessoas no mundo estão deprimidas.

“Estar triste é natural, é uma reação normal do ser humano. Nosso estado de ânimo é variável dentro de limites normais. Mas isso pode ser patológico. Se houver uma intensidade maior da depressão, na medida em que vai atrapalhando o dia a dia do paciente, prejudicando-o no trabalho ou em qualquer outra atividade de sua rotina, isso precisa de intervenção”, adverte o médico psiquiatra Osmar Ratzke, citando que a depressão também altera o sono e o ânimo: “o paciente desenvolve a anedonia, a incapacidade de ver graça nas coisas, mesmo em uma viagem ou qualquer outra atividade que ele gostasse muito de fazer”.

Dr. Ratzke explica que a depressão é uma doença do corpo inteiro, cujos sintomas não são sentidos apenas no cérebro. Um depressivo sente mais dores que

uma pessoa saudável, sente mais cansaço, tem mais facilidade para enxaquecas, “tudo piora”, diz. “Se você tiver um calo no pé, ele vai incomodar muito mais se você estiver deprimido. Se você tem uma rinite alérgica, ela vai incomodá-lo muito mais. E a causa, afirma, é multifatorial. “Não há uma causa definitiva, mas fatores que são importantes, como a genética. Mas os fatores ambientais são importantes, como o estresse, a ansiedade. A ansiedade crônica produz alteração no cortisol, que é produzido pela glândula suprarrenal, e isso chega ao ponto de um esgotamento, levando o indivíduo à depressão”.

Apesar do crescente número de notificações da doença, o médico diz acreditar que sua prevalência não tenha se alterado ao lon-



go dos anos. “A percepção da depressão existe desde que o homem existe. Não é uma coisa nova. Mas o que acontece, na medida em que ocorre uma maior intelectualização, uma maior formação em termos de educação, uma maior percepção que o indivíduo tem de si mesmo, é óbvio que a percepção da depressão fica mais clara”, diz. “Agora, o estresse também é maior. Hoje vivemos em um mundo extremamente competitivo, não podemos errar, por isso, ficamos mais sujeitos à depressão”.

Para Ratzke, o estado de tristeza passa a ser uma doença quando a pessoa deixa de fazer as coisas como antes: para de realizar as atividades de lazer de que gostava, sente desânimo para tudo, para de render no trabalho, perde o interesse sexual.

O tratamento, explica, alia a psicoterapia com o uso de medicamentos, os antidepressivos. “Em níveis mais leves da depressão, uma terapia pode ser suficiente. Mas na medida em que a depressão começa a trazer muito problema para o paciente, ele começa a usar medicação. “Tem que dar medicação, mas tem que esclarecer uma série de pontos da vida do paciente e até prepará-lo para uma reabilitação depois que ele sai da depressão, porque nesse caso ele fica ainda preocupado com o que aconteceu. Por

isso, ele precisa de um processo de reabilitação. O que se faz, então, é medicação antidepressiva com psicoterapia”, esclarece.

O médico frisa que, mesmo após o tratamento, o risco de recaída existe porque a causa, “neurônio, DNA, genética, provavelmente continua existindo. A vulnerabilidade do indivíduo continua existindo. Assim, não se pode falar em cura definitiva. A retirada ou diminuição da medicação depois de um determinado tempo é analisada caso a caso pelo psiquiatra”.

Da depressão à euforia – Transtorno bipolar causa oscilações amplas de humor

“O transtorno bipolar também faz parte de um grupo de transtornos extremamente variáveis. Existe o chamado transtorno bipolar tipo um, em que o paciente pode ter uma crise grave, também conhecida como mania, que é uma aceleração intensa do pensamento, com uma hiperatividade muito grande, acompanhadas de agitação, e por vezes agressividade, num quadro que pode chegar inclusive à psicose”, explica Osmar Ratzke. O mais frequente, contudo, é o transtorno bipolar tipo 2, em que, do quadro depressivo, o paciente altera para um comportamento mais acelerado.



Transtornos de humor são as doenças mais comuns em psiquiatria

“O paciente fica gastador, compra coisas de que não precisa, fala sem parar. É um quadro bem mais leve que a psicose, pois não causa delírios ou alucinações, mas também atrapalha a vida, porque o sujeito está diferente e isso traz problemas financeiros, inclusive”.

“Hoje o que percebemos é que o sintoma principal, o mais prevalente da maioria dos quadros bipolares, é a depressão, mas, durante esse momento depressivo, existem períodos de hiperatividade, de aceleração, euforia”, conta, citando que, em muitos casos, o transtorno bipolar só é diagnosticado durante o tratamento do que parecia ser depressão. “Temos que tomar muito cuidado na medicação porque se o paciente depressivo for bipolar, ao usar antidepressivo, ele começa a ficar agitado, irritado, começa a brigar por qualquer coisa, ou entra em euforia, ou em uma aceleração de pensamento. Nesse caso, o tratamento é medicamentoso também, mas tem que ser diferente, bem diferente. Às

vezes temos que tirar o antidepressivo porque está atrapalhando”, diz.

O tratamento fundamental do transtorno bipolar não é o antidepressivo e sim com estabilizadores de humor. O uso de alguns anticonvulsivantes também é indicado para alguns casos “E existem medicamentos antipsicóticos mais modernos, mais recentes, os chamados de terceira geração, que têm uma ação fantástica para os casos de transtorno bipolar”, conta.

No caso do transtorno bipolar, a vulnerabilidade do indivíduo prevalece para a vida inteira. Com um fator genético bem mais evidente que na depressão, ele requer o tratamento perene com os estabilizantes de humor. “Mas a ciência está atuando muito em cima dos transtornos de humor. Há muito pesquisa, e estamos otimistas com as perspectivas para novos tratamentos”, conclui.



DOENÇA MENTAL NÃO É SINÔNIMO DE INCAPACITAÇÃO PARA O TRABALHO



Perito destaca que o retorno à atividade pode até fazer parte da recuperação médica

Os transtornos mentais respondem pela terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil, de acordo com levantamentos realizados pela Previdência Social de 2008 para cá. Essas doenças perdem apenas para as do sistema osteomuscular, caso da LER (Lesão por Esforço Repetitivo) e as lesões traumáticas. Para o médico psiquiatra e perito Carlos Augusto

Maranhão de Loyola, os aspectos da urbanização em si, os trabalhos em contextos mais formais e as ocupações mais protocolares, aliados à maior capacidade de identificação dos diagnósticos psiquiátricos, contribuem para esse crescimento nos casos de doenças mentais no trabalho.

30 anos, um sujeito com quadro depressivo grave, quando sua

situação começasse a prejudicar seu desempenho, era simplesmente demitido. Epidemiologicamente os diagnósticos são bastante prevalentes e existe hoje uma dinâmica de mais fácil acesso à busca pela identificação. Fala-se muito mais sobre depressão, sobre transtornos ansiosos, sobre transtorno bipolar na própria mídia. Quebra-se um pouco,

nos últimos anos, o estigma de se procurar um psiquiatra, associado à procura de um psiquiatra, um psicólogo. Tudo isso faz com que possamos identificar antecipadamente alguns diagnósticos e porventura, se necessário, afastar o trabalho até uma recuperação, uma readaptação”, diz.

O médico alerta, no entanto, que também está havendo uma busca pelo ganho secundário, com a banalização da saúde mental por parte de trabalhadores e médicos, no que classifica de “atestadice”. “É a busca por atestados, com sobrevalorização das queixas para se conseguir o afastamento, além de uma condução indevida do ambiente terapêutico para fins judiciais, para processar a empresa. Isso também acaba acontecendo”, relata.

Dr. Carlos Augusto salienta que, mesmo havendo a legítima necessidade de afastamento por quadro psiquiátrico, tem que haver a orientação do paciente, pois, no caso de doenças psiquiátricas, geralmente o afastamento prolongado é prejudicial. “Se eu vou afastar um paciente por quadro psiquiátrico, eu vou lá sugerir o número de dias que eu acho que ele deve ficar afastado, mas, ao mesmo tempo, vou orientá-lo no sentido de fazê-lo perceber que esse afastamento não é uma condição perene, não é para

ser uma condição permanente. Além disso, seja lá quando for que ele tiver que voltar ao trabalho, provavelmente ele não vai voltar se sentindo 100% recuperado. Nas doenças psiquiátricas o retorno ao trabalho vai necessitar de alguns enfrentamentos, mas que são indispensáveis para a recuperação do quadro. Até porque, nesse caso, o objetivo é recuperar a produtividade, a efetividade, a ação do indivíduo no meio social”, esclarece.

O médico explica a necessidade de se afastar do trabalho os pacientes realmente doentes. “A necessidade do afastamento está muito ligada à atividade desempenhada. Não podemos deixar um paciente com quadro depressivo grave trabalhar em uma profissão de risco, tanto para ele quanto para a comunidade. É o caso de um motorista de ônibus, de um caminhão-tanque, um segurança armado, ou mesmo um médico cirurgião”, diz. “O médico também pode intervir para o afastamento de profissionais que estão tendo seu desempenho prejudicado pela doença até para protegê-lo da demissão e devolvê-lo posteriormente, com sua produtividade restabelecida”.

No entanto, Dr. Loyola reforça que esse afastamento precisa ser programado. “Ele precisa de um

suporte, precisa fazer psicoterapia, precisa fazer alguma atividade. Um afastamento puro e simples por um tempo muito longo, até que se consiga uma perícia no INSS, por exemplo, que pode levar três a quatro meses, é prejudicial. Esse afastamento tanto pode aumentar o risco de a pessoa se acomodar nessa condição, já que tem o ganho secundário, de estar recebendo sem trabalhar e, às vezes, podendo até fazer algum trabalho extra para complementar a renda, como também pode, em alguns casos, agravar a doença, uma vez que o sedentarismo, por si só, vai diminuir todas as funções cognitivas e executivas ou aumentar o quadro depressivo pelo sentimento de incapacidade”.

Diante desse quadro, Dr. Loyola destaca a importância da família e da própria empresa durante o período de afastamento. “A família tem papel fundamental nesse suporte, no sentido de facilitar a organização do tratamento. Incentivando o indivíduo não só a participar da psicoterapia, mas também para que ele, na rotina em sua casa, não fique totalmente ocioso. É preciso tentar incluir atividades cabíveis no dia a dia se ele estiver afastado do trabalho para ele não ficar demasiadamente inerte. É preciso participar do tratamento, passar *feedback* ao médico, ao

terapeuta, ir às consultas quando possível, ouvir do médico os propósitos para não ter risco de haver uma falha na comunicação”, diz. “Já a empresa pode ajudar primeiro tendo um bom corpo de avaliação de medicina do trabalho, para não correr o risco de o paciente, como profissional, cair num limbo. É necessário manter o contato com a família e tentar fazer uma reinserção gradual no trabalho, observando as limitações, mas impondo desafios condizentes com a capacidade, para o profissional não se sentir ‘escanteado’”.

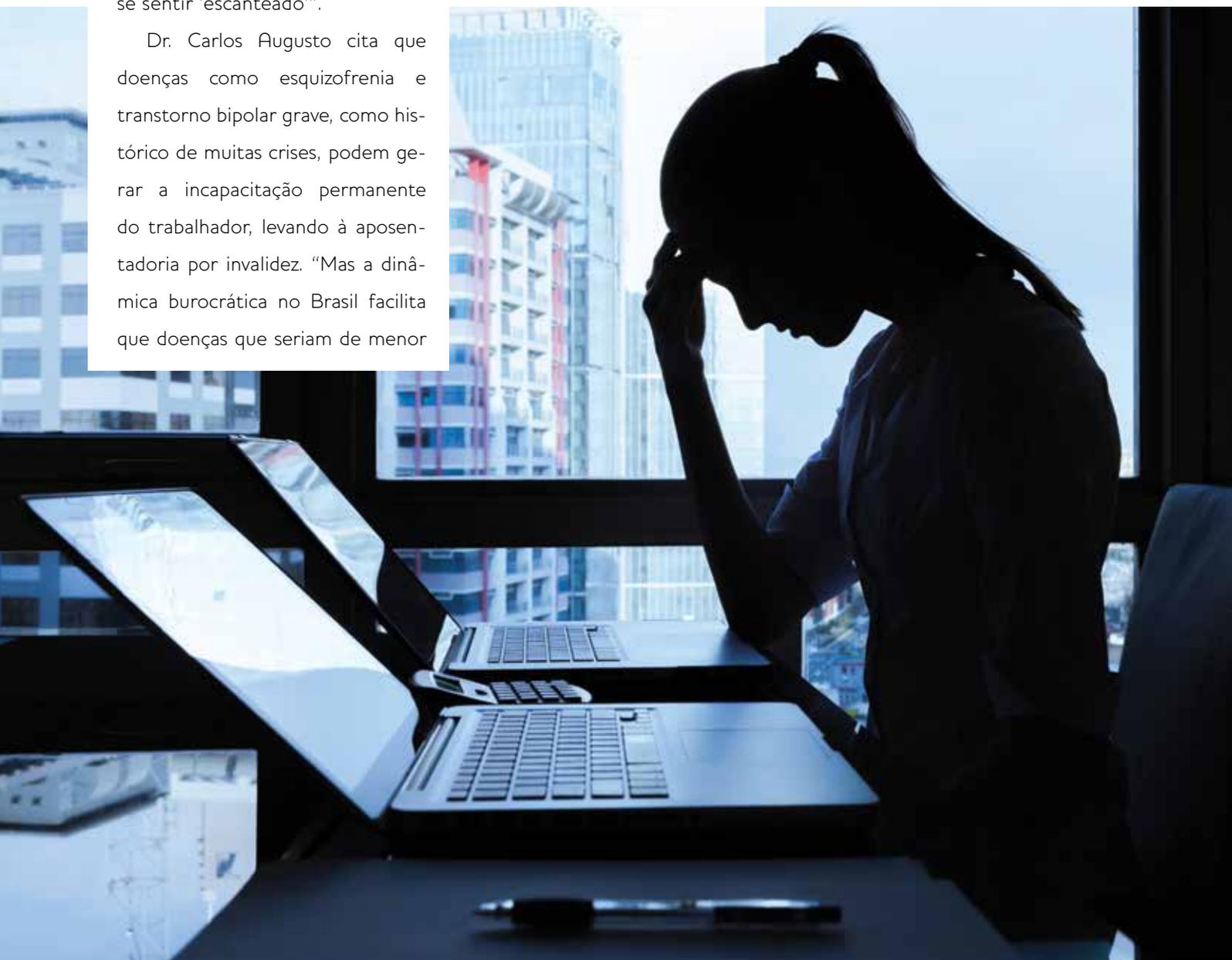
Dr. Carlos Augusto cita que doenças como esquizofrenia e transtorno bipolar grave, como histórico de muitas crises, podem gerar a incapacitação permanente do trabalhador, levando à aposentadoria por invalidez. “Mas a dinâmica burocrática no Brasil facilita que doenças que seriam de menor

potencial permanentemente incapacitante também acabem determinando uma aposentadoria por invalidez”, comenta, dizendo que questões sociais e da função também influenciam a decisão dos peritos e da Justiça. “Mas isso pode ser uma derrota, porque o prognóstico fica bastante ruim. A ociosidade vai ser prejudicial ao quadro. À medida que ele não tem mais a perspectiva de querer fazer alguma rotina produtiva, o prognóstico vai acabar sendo pior”, critica.

O médico conclui destacan-

do a importância de se diferenciar as duas situações: “existe bastante gente adoecida, mas existe muita gente adoecida já recuperada e que não precisa do auxílio-doença”. Ele reforça que o fato de a pessoa estar tratando de um quadro psiquiátrico não é sinônimo de incapacidade de trabalho. “A grande parte dos indivíduos tem quadros depressivos leves a moderados que não incapacitam para o trabalho. Entender que a rotina ociosa é prejudicial à recuperação é fundamental”, reforça.

KieferPix/Shutterstock



NÃO É CRIME, NÃO É ESCOLHA, É DOENÇA

Dependência química é questão de saúde e precisa de tratamento

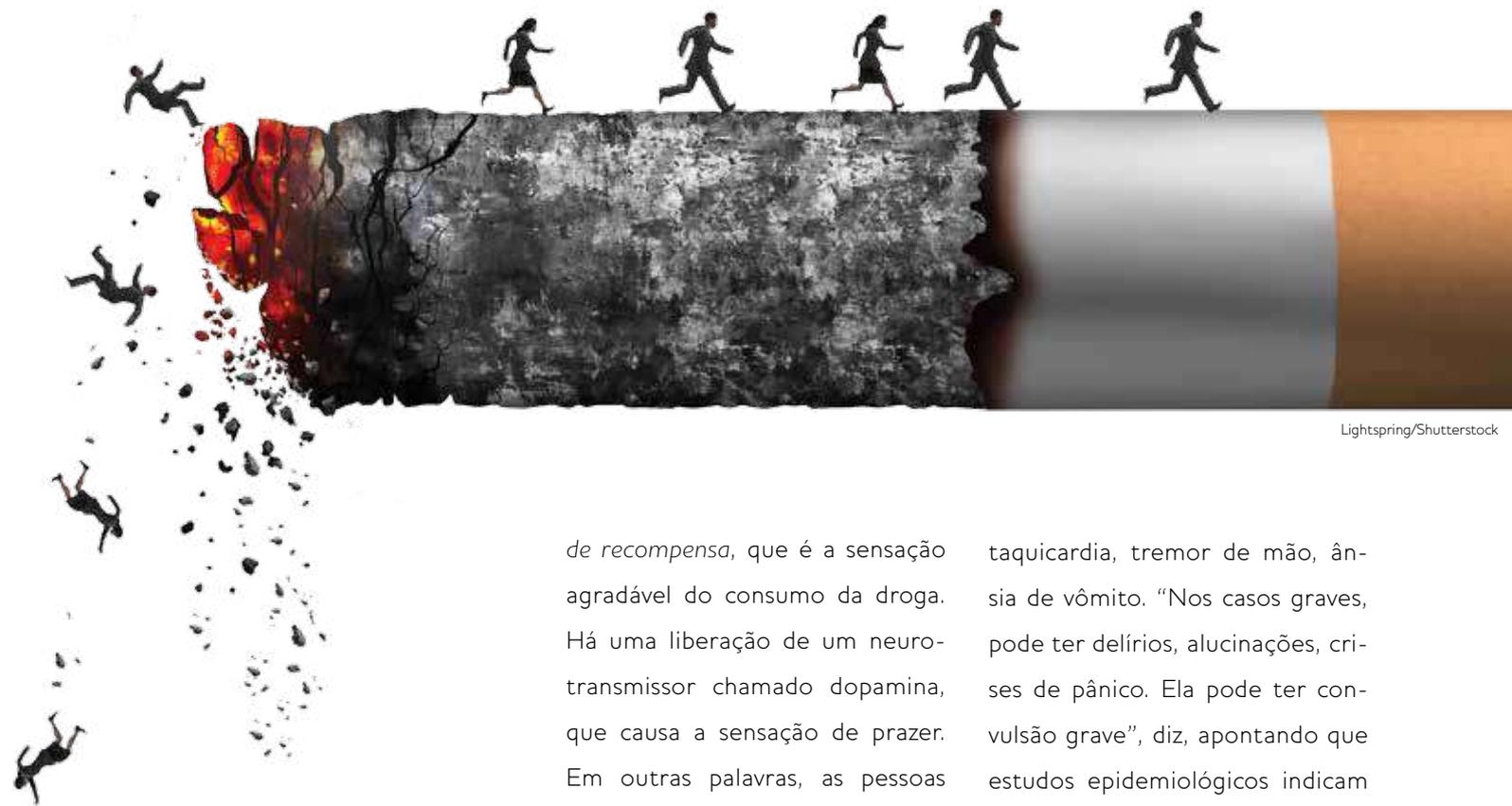
O uso frequente de álcool, cigarro, drogas ilícitas como maconha, cocaína e *crack*, entre outras, ou até mesmo remédios, causa alterações cerebrais que tornam a pessoa dependente dessas drogas, transformando o seu uso não mais em uma escolha, mas em uma ne-

cessidade. A abstinência provoca severas sensações físicas e psicológicas na pessoa quando o uso se torna cada vez frequente e em maiores quantidades, tornando-se descontrolado. A dependência química é, hoje, um dos maiores problemas de saúde do Brasil, mas ain-

da não recebe a mesma atenção que outras doenças crônicas graves, com políticas bem mais consolidadas de prevenção e tratamento.

Para o psiquiatra Marco Antônio Bessa, o que falta ainda é clareza por parte da sociedade de que se trata de uma doença crônica e não de uma situação que dependa exclusivamente da vontade do dependente. "Se vissemos nas ruas uma população abandonada à própria sorte como vemos os dependentes de *craque* em Curitiba ou





Lightspring/Shutterstock

em São Paulo e nos fosse informado que aquela era uma população de diabéticos ou portadores de HIV, que estava largada, sem tratamento, nos causaria indignação. Mas como são dependentes químicos, nós toleramos o descaído. Culpamos os doentes pela situação deles, chamando-os de vagabundos, viciados”, critica. “É uma doença crônica como várias outras que precisam de um tratamento intenso e constante. Essas pessoas precisam e merecem tratamento e não serem estigmatizadas”, acrescenta.

O médico explica as transformações que a dependência química causam no corpo do paciente. “Quando começamos a usar drogas, estimulamos uma área do cérebro conhecida como *sistema*

de recompensa, que é a sensação agradável do consumo da droga. Há uma liberação de um neurotransmissor chamado dopamina, que causa a sensação de prazer. Em outras palavras, as pessoas procuram drogas porque dá essa sensação de prazer. Quando se começa a utilizar com muita frequência, essa área do cérebro fica modificada. Ela fica com o que nós chamamos de neuroadaptação. Os neurônios se modificam pelo consumo dessa substância. Quando paramos de usar, esses neurônios sentem falta. É um fenômeno que acontece lá na sinapse, na comunicação entre um neurônio e outro. Nesse momento, há um excesso de receptores para aquela substância, e como a substância não chega, desencadeia uma série de sensações físicas e psicológicas desagradáveis”, diz, citando que um dependente químico em abstinência pode ter insônia, irritabilidade, mau humor, depressão, tristeza, ansiedade,

taquicardia, tremor de mão, ânsia de vômito. “Nos casos graves, pode ter delírios, alucinações, crises de pânico. Ela pode ter convulsão grave”, diz, apontando que estudos epidemiológicos indicam que 10% das pessoas que começam a experimentar drogas vão se tornar dependentes graves.

Dr. Bessa explica que há parâmetros para diagnosticar a dependência: o desejo incontrolável de consumo, o aumento das doses consumidas para se obter o mesmo efeito que se obtinha antes, o consumo além do planejado (quando a pessoa não consegue mais controlar a quantidade de droga usada). “É quando ele começa então a procurar a substância não pelo prazer mas para diminuir o sintoma da abstinência, e quando ele, apesar de perceber todos os malefícios pelo consumo de droga, problemas com a família, problemas com o trabalho, problemas com amigos, continua consumindo a substância”, diz.

Maior risco é a oferta

Marco Antônio Bessa cita que há diversos fatores de risco para a dependência química, como o fator genético, que chega a aumentar em até cinco vezes a chance de a pessoa desenvolver a doença, ou a existência de outro transtorno psiquiátrico, como a depressão. Mas o maior risco, alerta, é o risco social: a demasiada oferta e as diversas ocasiões em que as pessoas, principalmente os jovens, têm oportunidade de ter contato com a droga. “Nós temos, por exemplo, 24 horas de propaganda de

álcool na mídia, mostrando a bebida associada ao prazer, alegria, como se não houvesse nenhum risco, nenhum problema. Temos o preço muito baixo, tanto do cigarro, quanto da cocaína, por exemplo, mas do crack, por favor e da maconha. E a baixa fiscalização: é muito fácil se ter acesso a essas drogas ilícitas, assim como menores de idade não têm nenhuma dificuldade em comprar bebida ou cigarro”, comenta, citando que quanto mais precoce o contato com a substância, maior o risco de dependência,

“porque o sistema nervoso central não está amadurecido, então ele começa a ser estimulado no momento em que a última área do cérebro está amadurecendo, que é o córtex frontal, que fica na frente da cabeça, acima dos olhos, ou seja, é a parte do cérebro que vai ser responsável pelo pensamento lógico, abstrato, planejamento, desenvolvimento de capacidade de cálculos abstratos, formação de conceitos sofisticados morais, e isso vai ser danificado pelo consumo de droga”.



Tratamento: um dia de cada vez

A dependência química é considerada uma doença crônica, sem cura, e que tende à recaída. O seu tratamento foca, basicamente, no controle. “O tratamento começa pela desintoxicação: a pessoa fica afastada da substância por pelo menos duas semanas para que o organismo volte a funcionar de uma maneira limpa, sem essa substância. Depois ela passa a tomar medicamentos para os sintomas mais difíceis da falta da substância, tratando paliativamente esses sintomas. No caso do tabaco, existem algumas substâncias e medicamentos que diminuem a vontade, por exemplo, o adesivo que diminui a necessidade da nicotina. No caso da cocaína e do álcool, existem outros medicamentos que também agem no sistema nervoso central diminuindo essa necessidade muito forte da substância. Esse é um nível, o tratamento biológico, mas há a necessidade do

tratamento comportamental. A pessoa precisa modificar hábitos de vida, o que, às vezes, é o mais difícil, porque entram todos aqueles fatores ambientais, do estímulo, da propaganda, do hábito, o ter em casa, a oferta dos amigos, a facilidade de se comprar”, diz Marco Antônio Bessa.

Por conta dessa facilidade de oferta, o médico cita que, em determinados casos, é recomendado o internamento, para evitar o contato do paciente em tratamento com a droga. “A pessoa precisa mudar muitas vezes a forma como ela se relaciona socialmente, porque muitas vezes ela se relaciona só com pessoas que consomem a droga. Se ela continua ali, o estímulo vai ser voltado a consumir. Portanto, é um tratamento que envolve a manutenção da abstinência e a prevenção da recaída. É preciso auxiliar a pessoa a desenvolver estratégias de comportamento

para que não volte a buscar a substância. E nós temos várias formas de terapia, tanto individual quanto familiar, que ajudam muito as modificações das relações familiares, e grupos de apoio

como os alcoólicos anônimos, os narcóticos anônimos, que oferecem apoio tanto para o indivíduo quanto para a família. Basicamente é um tratamento que precisa de vários pontos de apoio. Não é só medicamento, não é só terapia, é uma série de elementos que precisam ser envolvidos”, acrescenta.

O médico lembra que toda doença crônica pode ter recaída e que, se isso acontecer, não é o fim do mundo. Ele compara a mudança de hábitos necessária ao dependente químico com as impostas a outros doentes, como diabéticos e hipertensos, entre outros, que precisam mudar radicalmente sua alimentação e incorporar a atividade física na rotina, o que também não é fácil para essas pessoas. “O problema na dependência química, e esse é um ponto importante, é acompanhado de um grande estigma. As pessoas tendem ainda, às vezes até no meio médico, a achar que o dependente químico é uma pessoa que tem uma alteração de caráter, que ele bebe porque é fraco, porque não tem força de vontade, porque é “um vagabundo”. E não, ele é tão doente quanto outro qualquer. Ninguém escolhe ser hipertenso, diabético, reumático, asmático, e ninguém escolhe ser dependente químico”, conclui.



baldyrgan/Shutterstock

SUIC

ENQUANTO
SE IGNORA,
MAIS FAMÍLIAS
SOFREM

ÍDIO

Falar sobre suicídio é tabu para a sociedade. Para preservar vítima e as famílias e até para não “incentivar” a prática, pouco se discute o assunto, que é um problema de saúde e que, por isso, exige atenção, prevenção e tratamento. “Precisamos falar sobre suicídio para a população para fazermos com que a população entenda que existe tratamento para suicídio, e que é possível identificar uma pessoa com tendência a cometer o ato e encaminhá-la para um atendimento médico e psicológico”, afirma o médico psiquiatra Felipe Pinheiro de Figueiredo.

O especialista explica que existe um sentimento na pessoa que está com intenção suicida, que é a ambivalência. “É um sentimento de querer ir e ao mesmo tempo não querer ir. Se a pessoa está com vontade de se matar, mas ainda não o fez, é porque também tem vontade de viver. E é nisso que temos que apoiar”.

A psiquiatria trata o suicídio como um sintoma, que pode estar relacionado com outras patologias mentais, como esquizofrenia, depressão, transtorno afetivo bipolar, ou transtorno desafiador de posição. “Pode ser um sintoma de vários transtornos relacionados aos comportamentos psiquiátricos e até não psiquiátricos. Quem tem problema de tireoide muito grave pode também ter vontade de se matar. Até condições médicas podem levar ao evento do suicídio. Problemas médicos gerais”, salienta.

Dr. Felipe destaca que os pacientes com tendência a cometer suicídio dão

indícios antes da primeira tentativa e é possível familiares captá-los: “por exemplo, uma pessoa que está muito para baixo, isolando-se, com comportamento impulsivo, de fazer coisas sem pensar. Quando, por exemplo, a pessoa fala coisas sem muito nexo”, diz, lembrando que 80% a 90% dos indivíduos que tentam suicídio têm alguma doença mental.

Uma vez detectada a tendência, o ideal, segundo o médico, é o acompanhamento permanente do paciente, como em uma doença crônica, com uma visita mensal ao médico, pelo menos nos meses seguintes ao acontecimento.

“O médico vai avaliar se precisa de tratamento medicamentoso, se precisa de tratamento com psicoterapia, se precisa de um tratamento familiar, se precisa de um apoio, por exemplo, de uma enfermeira que fique em casa”, explica.



Lightspring/Shutterstock

Cuidados com crianças e adolescentes

O psiquiatra Felipe Pinheiro de Figueiredo chama atenção para os casos de tentativa de suicídio em crianças e adolescentes. O médico diz que as ocorrências vêm aumentando e preocupam os profissionais porque, muitas vezes, a criança não tem, sequer, noção do que exatamente é a morte, de que um suicídio não tem volta. “A criança menor não sabe exatamente o que é a morte, mas ela, às vezes, quando está com um processo

de depressão, por exemplo, pode querer acabar com aquilo e fazer alguma coisa contra ela mesma. Isso pode ser muito perigoso, porque ela não sabe muito bem que a morte é para sempre. E ela pode ainda fazer isso como uma brincadeira”, diz. “O adolescente também. É característica da adolescência. É normal os adolescentes serem mais impulsivos. E, por conta dessa impulsividade, eles, às vezes, numa situação banal que cause algum sofrimento, como um término de namoro, um desentendimento com os pais, um fracasso escolar, eles tentam o suicídio”, alerta.



y Vectors/Shutterstock

Profissionais de saúde no grupo de risco (com informações do CFM)

O alto índice de suicídio entre médicos e estudantes de Medicina tem sido uma preocupação das entidades médicas de todo o mundo. A médica psiquiatra da USP Alexandrina Meleiro, que estuda o fenômeno, cita que estudos internacionais indicam que os médicos se suicidam cinco vezes mais que a população geral. Para ela, entre os principais motivos para a alta taxa de suicídio dos profissionais médicos, estão o acesso a meios mais eficazes de letalidade, o isolamento social, a situação conjugal insatisfatória e a precária situação empregatícia.

Dentro do segmento, a médica destaca que os estudos sugerem que os anestesistas e os psiquiatras são os mais vulneráveis quando o assunto é suicídio. Entre os alunos de Medicina, o grupo de



pathdoc/Shutterstock

alto risco se concentra naqueles que demonstram melhor *performance* escolar, são mais exigentes, têm pouca tolerância a falhas, sentem mais culpa pelo que não sabem, ficam paralisados pelo medo de errar, dentre outras características.

Mais de uma morte por minuto

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano em todo o mundo, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. No Brasil, os números também impressionam: segundo o Sistema de Informações de Mortalidade, do Ministério da Saúde, foram registrados 11.821 suicídios em 2012, o que representa, em média, 32 mortes por dia.

O Brasil é o quarto país latino-americano com o maior crescimento no número de suicídios en-

tre 2000 e 2012, segundo relatório divulgado na última semana pela OMS. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes – alta de 17,8% entre mulheres e 8,2% entre os homens. Chama a atenção o fato de o número de mulheres que tiraram a própria vida ter crescido mais (17,8%) do que o número de homens (8,2%) no período de 12 anos. A mortalidade de pessoas com idade entre 70 anos ou mais é maior, de acordo com a pesquisa.

DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES

Paciente com esquizofrenia altera pensamentos reais e fantasia

Um dos transtornos psiquiátricos mais graves, que atinge cerca de 1% da população e que, se não tratado, pode incapacitar a pessoa, é a esquizofrenia, uma doença crônica, caracterizada por uma alteração nos pensamentos, com delírios e alucinações. O conceito popular (e preconceituoso) de loucura é baseado na sintomatologia do paciente esquizofrênico.

“A pessoa começa a acreditar em coisas que não estão acontecendo. Por exemplo, achar que está sendo perseguido, que há pessoas o observando. Também podem acontecer alterações da

percepção, por exemplo, ouvir vozes que ninguém mais escuta, ver vultos que ninguém está vendo. Pode acontecer também uma alteração do comportamento: a pessoa pode ficar mais agressiva, mais agitada. Ela pode ficar mais isolada, mais retraída, então ela muda o jeito que ela se relaciona e a maneira como, às vezes, percebe o mundo. O contato com a realidade é prejudicado”, explica a médica psiquiatra Giovana Garcia.

Incurável e com causa ainda

desconhecida, a esquizofrenia é tratável e, em cerca de dois terços dos casos, o uso contínuo de medicamentos é capaz de evitar crises agudas da doença. “Uma das hipóteses mais fortes é da alteração da dopamina e do glutamato, que são neurotransmissores do cérebro, mas são ainda hipóteses que precisam de comprovação científica mais clara. E também





lolloj/Shutterstock

existem alguns estudos mostrando que o cérebro do esquizofrênico funciona de uma maneira diferente. Áreas que eram para ser mais ativadas são menos ativadas, o que significa que também existe um componente de imagem”, diz, citando que uma das relações já comprovadas pelas pesquisas é que o uso de drogas, principalmente essa droga, aumenta muito a chance de uma pessoa desenvolver esquizofrenia, porque a maconha atua em regiões cerebrais envolvidas na esquizofrenia.

Assim como os demais transtornos psiquiátricos, o diagnóstico da esquizofrenia é clínico, através do relato do paciente e de familiares e da observação do médico. “Nossa primeira ação,

ao receber um paciente após um primeiro surto é excluir o uso de substâncias que possam ter esse efeito colateral ou uma doença orgânica, como tumor cerebral. Para isso, até pode-se pedir um exame de imagem, para descartar essa hipótese. Mas, para diagnosticar a esquizofrenia, não existe outro método que não seja uma consulta com o especialista”, afirma Dra. Giovana.

A médica relata que o período típico de manifestação da doença é na juventude, no final da adolescência e início da vida adulta. “É

uma fase muito transmutiva para as pessoas. E é por isso que a esquizofrenia fica tão incapacitante porque se a pessoa não consegue tratamento, ou se a doença é muito grave a ponto de o paciente não responder de uma maneira boa aos medicamentos, ela não estuda, ela não casa, ela não trabalha”, diz.

No tratamento da doença, ela destaca a necessidade de se aliar a abordagem medicamentosa com



o uso de antipsicóticos à abordagem psicossocial. “O paciente precisa participar de grupos e haver uma psicoterapia para tentar ajudá-lo a entender a doença. Grupo de família, porque os pais e a família precisam entender. Às vezes, o paciente diz que está escutando uma morto falando com ele. O familiar não entende que aquilo não é inventado. O cérebro produz a voz mesmo! Assim, quanto mais está orientada mais

pode ajudar o paciente”, ilustra.

Em alguns casos de maior risco, explica a psiquiatra, o internamento do paciente é necessário. “Internamos se o paciente está agressivo com ele mesmo ou com pessoas próximas; se ele tem um risco de suicídio ou homicídio; se ele não está conseguindo se cuidar sozinho (por exemplo, não consegue tomar banho) ou se alimentar. Se ele não consegue, nem a família, garantir o uso da medica-

ção, às vezes precisamos interná-lo para fazê-lo tomar o remédio. Um outro caso em que costumamos também hospitalizar é quando, às vezes, o quadro nem é tão grave, mas não existe suporte, não há quem responda pela pessoa”, diz. “Mas o ideal é que a internação pode ser breve. Não pode ser uma internação prolongada. É preciso controlar um pouco os sintomas para que o paciente consiga voltar para casa”, acrescenta.





Família tem que estar preparada e bem informada

A família do paciente tem papel fundamental no tratamento da esquizofrenia. E o primeiro passo é compreender a doença. “Porque quando os familiares não entendem, muitas vezes ficam argumentando e discutindo com o paciente. Mas quando o paciente, está com esse pensamento, com essas sensações, não adianta argumentar; é preciso tratar. Não adianta dizer que não há ninguém que o esteja perseguindo, que não está acontecendo nada. Orientar a família a reconhecer que, quando começa a aparecer o sintoma, o melhor é procurar ajuda a garantir a tomada da medicação é o que mais ajuda”, explica a Dra. Giovana Garcia.

“Quando o paciente está apresentando o sintoma, é preciso tentar entender o que está acontecendo e o que o paciente está sentindo e tentar já encaminhá-lo para um atendimento. Não precisa ficar ten-

tando argumentar com o paciente porque ele não vai aceitar a argumentação”, reforça a médica, instruindo que, ao ouvir queixas de um esquizofrênico, o familiar pode perguntar o que ele está escutando, quem o está perseguindo, mostrar estar compreendendo para que ele se sinta confiante. “Isso aumenta a chance de você conseguir levá-lo para um tratamento”, diz

Para os pacientes com comprometimento maior, a médica orienta a família a dar a eles o maior grau de independência possível, dentro dos limites de cada caso. “Que possa, por exemplo, aprender a lidar sozinho com dinheiro, a cuidar das coisas dele, ajudando em casa, participando de grupos como igreja, exercício físico, grupos de terapia. Por mais que, às vezes, o indivíduo não consiga trabalhar, casar e ter uma vida ativa, que ele possa ser, dentro das atribuições

da vida dele, maximamente independente”, diz.

A médica finaliza dizendo que a doença atinge igualmente homens e mulheres e que pode ser causada por alterações desde o desenvolvimento cerebral, mas que só se manifestam no final da adolescência. “É um tema muito estudado, pois é crescente o número de evidências, o que tem permitido se tentar desenvolver novos tratamentos, por isso é importante o familiar saber que há um movimento da ciência para tentar avançar em relação à doença”.

Hoje, caso presencie uma pessoa em surto psicótico, o cidadão deve levá-la ao Caps – Centro de Atenção Psicossocial de sua cidade, ou, nos municípios onde não existir Caps, à unidade básica de saúde, pois os médicos da atenção primária estão aptos a avaliar os casos e fazer o correto encaminhamento.

TRANSTORNO ALIMENTAR

Busca por padrões de beleza pode se tornar patológica

Transtorno alimentar (TA) ou disfunção alimentar são termos amplos usados para designar quaisquer padrões de comportamentos alimentares que causem severos prejuízos à saúde de um indivíduo. Considerados como patologias e descritos detalhadamente pela OMS, geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. O diagnóstico precoce e uma

abordagem terapêutica adequada dos transtornos alimentares são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico destas condições.

“Antigamente, um pouco de gordura no corpo era sinal de saúde. Foi quando veio a medicina dizendo que não há vantagem nenhuma

em acumular tecido adiposo; ao contrário, que todos devemos ser magros”, lembra o psiquiatra Alexandre de Araújo Pereira. “Ao lado dessa recomendação médica, a pressão social do padrão de beleza tiranizou a vida de muita gente. Hoje, a quantidade de pessoas que luta para perder peso, fazer dietas e tomar remédios é enorme. Essa preocupação exagerada pode provocar um distúrbio psiquiátrico grave, cada vez mais frequente, que é a *distorção da autoimagem*. A pessoa se olha no espelho e vê uma figura obesa que não corresponde à realidade. Não nota a perda de gordura subcutânea nem os ossos proeminentes”, relata o médico.

São esses pacientes (na grande maioria mulheres), que acabam desenvolvendo transtornos como



TAMBÉM É DOENÇA MENTAL

anorexia e bulimia. “Cada vez mais gente, que não apresenta motivo algum para fazer dieta, restringe a alimentação de forma drástica. No Brasil, a situação se agrava porque, infelizmente, é fácil obter moderadores de apetite ou hormônios tireoidianos”, relata o médico.

Na anorexia nervosa, o emagrecimento é muito acentuado. Para avaliá-lo, utiliza-se como parâmetro o IMC (índice de massa corpórea, que é igual ao peso dividido pela altura ao quadrado). Na mulher, esse número deve variar entre 19 e 24 e nos homens, entre 20 e 25. Índices inferiores a 17 ou 17,5 indicam perda de peso importante. Pacientes com anorexia nervosa sempre apresentam peso abaixo do normal e recusam-se a alimentar-se adequadamente mesmo sabendo



do do risco que correm. “Dedicam-se a atividades físicas exageradas, jejuam, vomitam, usam recursos purgativos e moderadores de apetite, porque têm uma distorção grave da autoimagem. Uma moça esquelética, pesando 20kg, é capaz de sentir-se obesa e dizer: ‘Olha como meu quadril está enorme! Eu estou um elefante, preciso continuar emagrecendo!’”, ilustra.

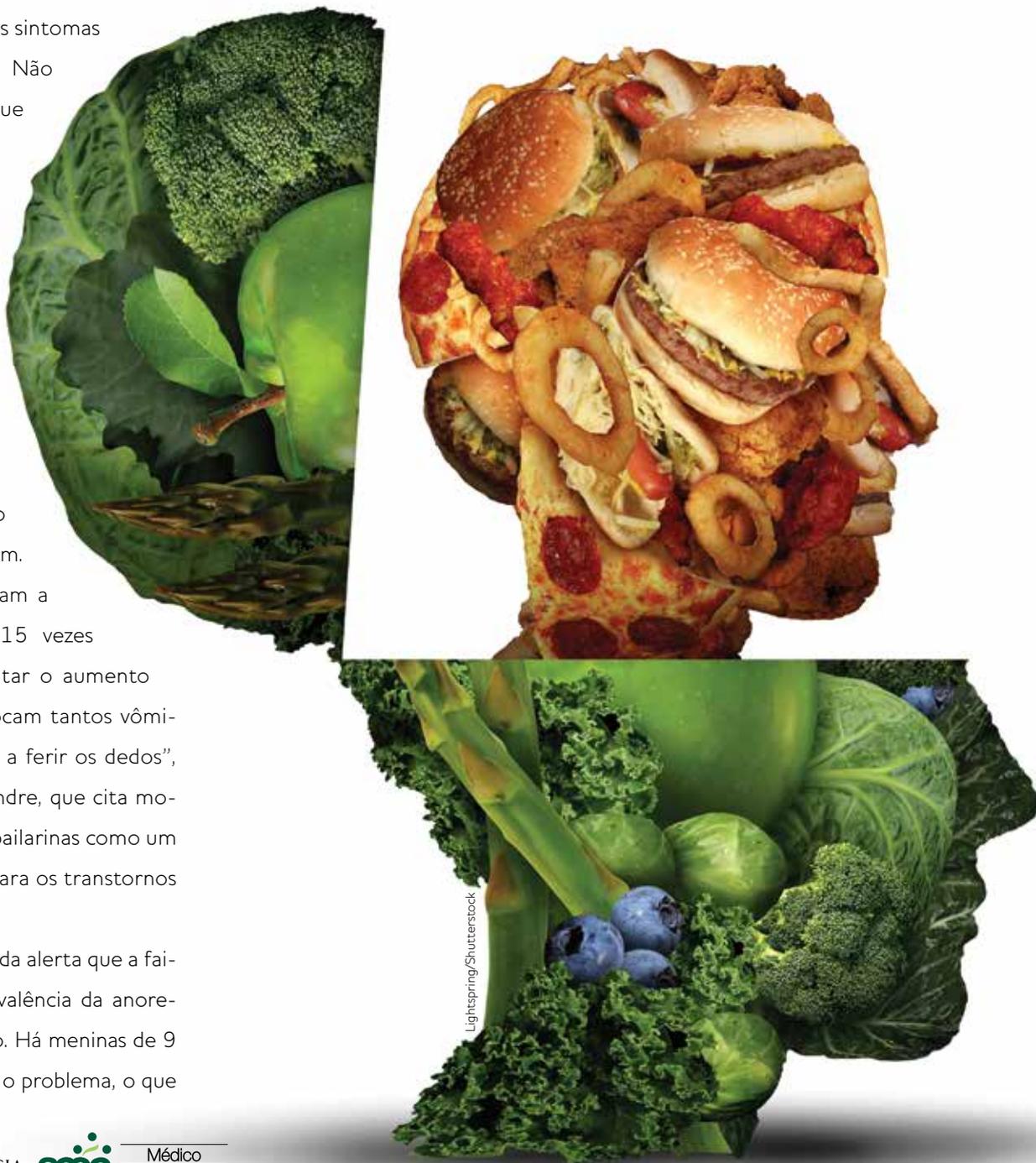
Na bulimia, os sintomas são diferentes. Não é a magreza que chama a atenção. São pessoas que ingerem bem mais alimentos do que o necessário e até o suportável pelo organismo e depois vomitam. “Algumas chegam a vomitar 5,10, 15 vezes por dia para evitar o aumento de peso e provocam tantos vômitos que chegam a ferir os dedos”, relata Dr. Alexandre, que cita modelos, atletas e bailarinas como um grupo de risco para os transtornos alimentares.

O médico ainda alerta que a faixa etária da prevalência da anorexia está baixando. Há meninas de 9 ou 10 anos com o problema, o que

era raro acontecer no passado. Na maioria, porém, os casos de anorexia nervosa despontam na adolescência e os de bulimia, em mulheres entre 20 e 30 anos.

Não há um medicamento específico para anorexia nervosa, mas os antidepressivos são usados habitualmente, porque essas moças costumam apresentar também sin-

tomias de depressão e muitas são tomadas por pensamentos obsessivos anteriores ou concomitantes à doença. “A bulimia é doença mais heterogênea. Casos leves resolvem-se em poucas consultas de orientação comportamental, mas há outros tão graves quanto os de anorexia nervosa que demandam tratamento mais longo”, conta.



Lightspring/Shutterstock

O SEU FUTURO PODE COMEÇAR HOJE



A AMP contratou o desenvolvimento de um plano de previdência exclusivo para os médicos que fazem parte do seu quadro associativo e assim fez nascer a AMP Prev.

Desenhado para atender às necessidades específicas da classe médica, esse produto tem como grande diferencial o fato de ter sido desenvolvido para contemplar as particularidades da sua carreira profissional e os projetos futuros.

Para saber mais, acesse o nosso site e procure o link AMP Prev. Tomaremos todas as providências para que um profissional extremamente qualificado no assunto entre em contato e, sem nenhum compromisso, ofereça esclarecimento para todas as suas dúvidas.



Médico
Profissional
de valor

(41) 3024-1415
www.amp.org.br