

DISSERTAÇÃO DE TESE DE MESTRADO

ALITTA GUIMARÃES COSTA REIS RIBEIRO DA SILVA

U N I C A M P

CAMPINAS, 1988

ALITTA GUIMARÃES COSTA REIS RIBEIRO DA SILVA  
Médica, pela Faculdade de Medicina de Campos,  
Estado do Rio de Janeiro

ADOLESCÊNCIA, MODALIDADES RELACIONAIS  
E UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS

Tese apresentada à Comissão Julgadora da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas, como exigência parcial  
para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Joel Sales Giglio  
Depto. de Psicologia Médica  
e Psiquiatria da Faculdade  
de Ciências Médicas-UNICAMP

CAMPINAS, 1988

"A vida do homem é como a sombra de um  
pássaro que nos sobrevoa"

Do Talmude. Seleção de  
Theodore M.R.von Keller (119)

Ao apresentarmos nossa dissertação de tese de mestrado, gostaríamos de expressar o que para nós significa universidade.

Todos nós já tivemos um dia, pelos relatos históricos e arqueológicos, a informação de que muitas civilizações antigas tiveram seu apogeu na época em que as metrópoles de hoje ainda eram vilarejos bárbaros de caçadores. Esta informação leva a uma pergunta: como aconteceu que povos inventivos, com tantos conhecimentos científicos e artísticos, desaparecessem tão completamente?

Creemos que as sociedades se perpetuam à medida em que as gerações que surgem assimilam e integram o patrimônio cultural das gerações passadas, o que estabelece um nexu ou ponte, vinculando o presente, o passado e o futuro, e faz com que uns se beneficiem das descobertas e dos erros dos outros. Fatos isolados não são férteis. Para que o conhecimento se perpetue, é necessário que cada fragmento seja preservado através do tempo, e seja acrescido com outros fragmentos, de outros lugares e épocas, numa dinâmica, por assim dizer, caleidoscópica.

Às vezes são motivos religiosos que impellem os homens a manterem unidos tais fatos, e disto temos exemplos nos mosteiros e conventos católicos da Idade Média, cujo acervo literário era considerável; e na nação hebraica, que, muitas vezes ameaçada de extermínio, renasce e continua. O orgulho de pertencer ao povo que escreveu grande parte da história do mundo transparece na resposta que B. Disraeli (1804-1881) teria dado a seu coetâneo Daniel O'Connell: -"Sim, sou judeu, e quando os antepassados do honrado cavalheiro eram rudes selvagens numa ilha desconhecida, os meus eram sacerdotes do templo de Salomão". (119)

Muitos dos que nos precederam não fundiram suas descobertas num amálgama de ciência, e assim se perderam muitos conhecimentos com a ruína de suas civilizações. Parece que o antigo preceito da embriologia comparada, em que a ontogênese repete a filogênese, repete-se em outros níveis. O homem vê-se hoje no dilema de sobreviver como indivíduo e como espécie. A serviço desta necessidade está a atitude de aprender da experiência, própria ou alheia, a evitação dos mesmos erros, a preservação de nossas conquistas culturais.

Acreditamos que esta seja uma função importante da Universidade, senão a que lhe dá sentido e embasamento: mais do que existir num lugar e servir à comunidade da qual emergiu, a Universidade deve existir no tempo, criando uma base sólida para a ponte que profeta ao futuro.

ÍNDICE GERAL:

Pág.:

1. Folha de Rosto.....	1
2. Preâmbulo.....	2
3. Apresentação Introdutória.....	5
4. Cronograma.....	8
5. Descrição do âmbito e dos objetivos da pesquisa.....	9
6. Metodologia: material, pacientes e métodos cuja instrumentação visa à consecução dos objetivos.....	11
7. Fluxograma: o processo de coleta de dados .....	14
8. Revisão bibliográfica:	
8.1. Adolescência (conceituação, adolescência como fase e processo, síndrome normal da adolescência de M. Knobel, os lutos próprios da adolescência de A. Aberastury-M. Knobel, as defesas segundo A. Freud, os estereótipos da relação adulto-adolescente de J. Anthony).....	15
8.2. Psicofármacos (conceituação, psicofármacos como objetos culturais, modos coletivos, convicções e crenças, breve histórico dos psicofármacos).....	28
8.3. Modalidades Relacionais (pressupostos conceituais em padrões de interação humana, as modalidades reacionais: concordância, rejeição, invalidação e apresentação de sintoma; as doze modalidades relacionais: confusional (ambígua), autista/simbiótica, esquizóide, paranóide, hipomaníaca, psicopática, melancólica (depressiva), hipocondríaca, obsessiva, fóbica, histérica e ansiosa; quadro sinótico; critérios descritivos das doze modalidades relacionais, correlação entre modalidades reacionais e modalidades relacionais) .....	38
9. A Pesquisa com 31 pacientes adolescentes: dados gerais e respostas obtidas. Perfil dos pacientes entrevistados.....	

dos. Tabelas. Síntese de eventos marcantes da história clínica. Quadro-resumo.....	64
10. Atitudes com relação à medicação. Transcrição de fantasias. Quadros-resumo do modelo C e das frases para completar.....	79
11. Resultados e Discussão.....	89
12. Anexos (modelos de fichas-resumo e escala CGI, normas para o preenchimento de fichas, modelo C/atitudes com relação à medicação, modelo de frases para completar, critérios de julgamento: medicação e itens dependência-independência, apresentação ordenada das 31 fichas-resumo dos pacientes com escalas CGI, dados da pesquisa complementar com 300 adolescentes através de dois questionários, resumo do trabalho de levantamento de 144 pastas de pacientes adolescentes. Recomendações aos médicos que tenham pacientes adolescentes).....	102
13. Referências bibliográficas.....	222
14. Resumo.....	233

---

### APRESENTAÇÃO INTRODUTÓRIA:

Nossa pesquisa, tema do presente trabalho, teve seu início a partir da reflexão de idéias, esboçadas em meados de 1984, em trabalho nosso publicado (22) em co-autoria com Prof. Dr. Everardo Moraes Buoncompagno, apresentado no I Simpósio de Psicofarmacologia da Criança e do Adolescente, em novembro de 1984. Neste trabalho tentamos responder a algumas de nossas indagações, relacionadas com as diferentes reações de pacientes adolescentes frente à prescrição de psicofármacos.

Ao ingressarmos, em 1985, no Curso de Pós-Graduação em Medicina da FCM-UNICAMP, ocorreu-nos, em conversa com nosso então Orientador de Tese, Prof. Dr. Isac Germano Karniol, a oportunidade de aprofundar nossa investigação. Trinta e dois meses se passaram desde então. Em janeiro de 1988 nosso Orientador de Tese passou a ser Prof. Dr. Joel Sales Giglio. Ao todo, durante trinta e seis meses trabalhamos nesta tese, sendo que, progressivamente, surgia uma compreensão mais ampla do assunto, enriquecida pela tão valiosa troca de idéias com professores e colegas, pela participação em conferências e Congressos e pelas consultas e revisões bibliográficas.

Muitas tentativas válidas, porém angustiantes, de elaboração da pesquisa, foram feitas: a confusão se instalou mais de uma vez, e o intento de abranger todos os aspectos considerados importantes, sem nada deixar a descoberto, por vezes obscureceu nos nossos propósitos. Além disso, reflexões de índole pessoal sobre a qualidade de vida e as múltiplas renúncias a que nos impusemos, e aos nossos familiares, no desempenho de nossas funções na pós-graduação, aliadas a um alto grau de exigência pessoal, foram responsáveis, em algumas ocasiões, pelo desânimo, pelo trabalho improdutivo, pela sensação de estar andando em círculos. Devido a uma propensão interna, onipotente, de criar algo perfeito, buscávamos exaustivamente respaldo para nossas idéias, juntávamos uma inacreditável quantidade de material, perdíamos-nos em minúcias... por estas razões, apresentamos, nosso reconhecimento ao primeiro Orientador, o qual muito insistiu que se criasse ordem e se procedesse à elaboração de sínteses em bonecos de tese volumosos e caóticos; e ao segundo Orientador, que muito ajudou na organização final, distinguindo-me com sua sensibilidade, compreensão e incentivo.

Nosso trabalho resultou muitíssimo mais modesto do que pretendíamos, mas ao descontentamento sucedeu o alívio, por-

que podemos dar um sentido de terminalidade à nossa investigação, ainda que pontilhada de novas indagações.

Mesmo sabendo o muito que tentamos nos afastar de imperfeições, estamos conscientes de que a nós, certamente, serão dirigidas muitas críticas justas.

Nesta introdução apresentamos um resumo de nossas referências bibliográficas, para que melhor fique colocado nosso ponto de vista dentro de um "continuum" que abrange as idéias e contribuições dos autores que nos precederam.

No que se refere à adolescência como fase e processo, nosso referencial teórico está vinculado, intelectual e afetivamente, à nossa formação profissional em cursos de especialização e pós-graduação da Universidade Estadual de Campinas e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Também é justo afirmar que o Prof. Dr. Maurício Knobel, docente destes cursos, foi quem mais decisivamente influenciou em nossos conceitos, pela forma compreensiva, criativa e sensível com que nos transmitiu seus sólidos conhecimentos sobre a adolescência. Vários outros autores foram consultados, no entanto, e estas são as obras que referenciamos: (1) (2) (3) (4) (17) (20) (22) (26) (32) (39) (43) (49) (51) (55) (56) (57) (64) (71) (72) (74) (76) (82) (83) (86) (89) (97) (100) (102) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (111) (115) (118) (124) (130) (136) (142) (143) (149). Referem-se à conceituação e à caracterização da adolescência, que são apresentadas num capítulo a seguir.

Com relação aos conceitos e descrições das modalidades relacionais utilizamos as seguintes referências: (4) (14) (15) (22) (41) (45) (47) (50) (52) (82) (84) (87) (113) (120) (142). Partimos do princípio de que relações interpessoais não podem ser evitadas, porque as pessoas estão sempre comunicando algo umas às outras e interagindo. Apresentamos, em dois níveis diferentes de intensidade e duração, dois tipos de modalidades: 1) modalidades reacionais, que surgem frente ao que a outra pessoa nos comunica, e que podem ser: concordância, rejeição, invalidação e apresentação de sintoma; 2) modalidades relacionais, que se referem a um nível além do significado da comunicação, ou seja, envolvem a questão do objetivo ou finalidade da conduta expressa. Os autores que se ocuparam inicialmente deste conceito, Fairbairn, Rleger, Knobel, são citados, e delineamos nossa própria contribuição. O interesse prático destes estudos é que as modalidades relacionais respondem a uma das finalidades da consulta para o médico, que é como lidar com o paciente. Listamos também seis critérios descritivos para cada uma das doze modalidades relacionais.

Sobre psicofármacos utilizamos as seguintes referências: (13) (27) (38) (41) (52) (63) (66) (92) (94) (145) (146) (150). Apresentamos a conceituação de psicofármacos, sua avaliação como objetos culturais, isto é, que expressam uma intencionalidade terapêutica, cujo uso é influenciado por convicções, crenças e modos coletivos de conduta. Comentamos as duas tendências dentro da arte de curar, envolvendo psicofármacos: a medicina com suas especializações e o curandeirismo ou "shamanismo", esta última baseada numa abordagem holística e que parece gratificar o paciente pelo contato mais direto e pessoal, levando a "curas" efetivas, se bem que questionáveis. Comentamos a vida pouco saudável que levam alguns dos profissionais da área de saúde, como uma contradição; e partimos da hipótese de que existem elementos, na relação médico-paciente, ainda não suficientemente estudados, que são capazes de interferir no resultado terapêutico. Nosso estudo apresenta alguns mecanismos prováveis nesse sentido. Concluimos esta parte de nossa exposição com um breve histórico dos psicofármacos. Em anexo constam os resultados de um levantamento de 144 pastas de pacientes adolescentes atendidos no Setor(\*) e recomendações aos médicos que tenham pacientes adolescentes.

---

(\*) Setor de Adolescentes do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-UNICAMP (Campinas-SP)

CRONOGRAMA:

Foram, no total, trinta e seis meses de pesquisa e trabalhos, assim distribuídos:

1. Ano de 1985: março a dezembro - 10 meses
2. Ano de 1986: fevereiro a dezembro - 11 meses
3. Ano de 1987: fevereiro a dezembro - 11 meses
4. Ano de 1988: janeiro a abril - 4 meses

Semestralmente foram entregues relatórios de atividade de tese, em que constavam:

- a) Períodos dedicados ao levantamento bibliográfico, visita a bibliotecas para consulta, pedidos de levantamento bibliográfico.
- b) Recessos, feriados e períodos de férias.
- c) Reuniões com Orientador de Tese.
- d) Traduções e revisão das traduções de textos estrangeiros (inglês, francês, espanhol).
- e) Entrevistas informais
- f) Entrevistas do Plano Piloto
- g) Período dedicado às entrevistas completas, aos acompanhamentos e à aplicação das escalas e questionários aos 31 pacientes adolescentes e aos 300 adolescentes escolares.
- h) Período dedicado à análise e organização do material coletado, e à construção de tabelas.
- i) Construção dos bonecos de tese.
- j) Exame de Qualificação ao Mestrado (31.08.87)
- l) Avaliação final.

Um excesso de otimismo, presumivelmente motivado por nossa inexperiência, nos levou a prever inicialmente como prazo de término para a tese o período de doze meses, mas tal não se deu.

Des trinta e seis meses citados neste cronograma há de se descontarem alguns horários necessários à obtenção de créditos e ao desenvolvimento dos trabalhos exigidos por cada disciplina; e as horas de dedicação à Universidade, vinculadas à concessão de bolsas de estudo, em ambulatório e em atividades de Monitoria II, que somam doze horas semanais.

---

DESCRIÇÃO SUCINTA DO ÂMBITO E DOS OBJETIVOS DA PESQUISA:

A pergunta que nos fizemos inicialmente foi: porque estudar temas como esse? Vemos agora três razões: a primeira refere-se ao rápido crescimento populacional de nosso país, que se acompanha de um número cada vez maior de adolescentes; a segunda é que temos necessidade de adaptação mútua, de podermos prever, ainda que dentro de certos limites, a conduta dos demais; terceira, porque pela nossa atividade clínica, precisamos conhecer que espécie de emoções podem apresentar nossos pacientes adolescentes, e se tais emoções condicionam, e como condicionam, suas reações no contexto terapêutico.

Assim, achamos que nosso trabalho se justifica pela contribuição esperada a nível de prevenção primária. As possibilidades de aplicação clínica desta investigação nos pareceram relevantes desde o início, passíveis de provocarem mudanças na conduta terapêutica e na relação médico-paciente adolescente.

O referencial conceitual e operativo de nosso trabalho é psicodinâmico. São revistos conceitos e apresentadas algumas idéias nossas. O tema, em si, é relativamente novo, circunstância que nos trouxe certa dificuldade inicial no levantamento bibliográfico. Observamos porém que, muitas vezes, de diferentes maneiras, e mesclados a outros assuntos, apareciam conceitos importantes sobre adolescência, modalidades relacionais e uso de psicofármacos, ainda que envolvendo diferentes denominações, o que ensejou aqui tratá-los com maior detalhe. Que não se pense que tal conduta é tautológica: não se trata de denominar de forma diversa fenômenos já conhecidos, mas sim reorganizá-los em função de nosso referencial teórico e operativo, para a obtenção de uma linguagem que facilite sua confrontação com dados clínicos.

## 1.OBJETIVOS GERAIS:

Considerando o especial momento evolutivo que é a adolescência, e as principais características apresentadas por adolescentes; considerando que as atitudes e comportamentos apresentados por pacientes adolescentes refletem tal momento evolutivo e são, muitas vezes, durante a interação médico-paciente, uma função de seus próprios efeitos; considerando a necessidade clínica, preditiva, de se fazer o diagnóstico do vínculo que se estabelece entre médico-paciente adolescente,

- 1.1. Obter maior conhecimento do contexto clínico em que ocorrem atitudes e comportamentos de pacientes adolescentes, com relação às modalidades relacionais e ao uso de psicofármacos.
- 1.2. Correlacionar modalidades relacionais com o uso de psicofármacos na adolescência.

## 2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Considerando que fatores psicodinâmicos possam influir no uso de psicofármacos em adolescentes; considerando a possibilidade da existência de fatores extra-farmacológicos(\*) capazes de influir na terapia por psicofármacos na adolescência,

- 2.1. Observar as relações de objeto que o paciente adolescente estabelece com medicamentos, especialmente psicofármacos.
- 2.2. Ampliar, validar e aplicar clinicamente o conceito de modalidade relacional, correlacionando modalidades relacionais apresentadas por pacientes adolescentes em situação clínica, com atitudes e comportamentos destes mesmos adolescentes frente à prescrição e utilização de psicofármacos.
- 2.3. Observar consequências do relacionamento médico-paciente adolescente na resposta terapêutica.

---

(\*) Tais como expectativa, experiência prévia, características de personalidade, ambiente, determinantes culturais, aspectos apontados por Del Porto, op.cit.(35) (36)

"Há uma medida nas coisas, existem, afinal,  
certos limites" (Est modus in rebus, sunt  
certi denique fines)

Horácio (65-8 a.C.)

Sátiras, I:1 (119)

METODOLOGIA: MATERIAL E MÉTODOS CUJA INSTRUMENTAÇÃO REFERE-SE À CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS

A problemática de interesse, os conceitos de referência e o levantamento de hipóteses operativas constituem o núcleo de nossa atividade. Para testar nossas hipóteses, tentamos prever que meios seriam os mais eficazes. As características do campo e a escassez de fontes e referências nos levaram a adaptar métodos às nossas condições. Fizemos então uso dos critérios diagnósticos de Feighner e DSM III, da escala CGI (Impressão Clínica Global), da escala de Gohram e Sherman. Além disso, para nossa pesquisa, ampliamos conceito e descrições das modalidades relacionais. (06) (48) (101) (144)

Descobrimos que a pesquisa clínica em psiquiatria se reveste de dificuldades consideráveis: exige tempo e dedicação praticamente exclusiva, e ainda assim os desapontamentos são frequentes. Nosso cronograma inicial se viu atrasado muitos meses, não conseguimos o número de pacientes a que anteriormente nos havíamos proposto. Mesmo assim achamos válida nossa contribuição, quando menos seja, para que os mesmos erros não venham a ser repetidos.

Metodologicamente escolhemos um estudo prospectivo e analítico, acompanhando os pacientes com a aplicação de instrumentos de pesquisa, partindo de hipóteses sujeitas à comprovação posterior e discussão. (44)

Fizemos a alocação randomizada de adolescentes, constituindo uma série de trinta e um casos. A população de referência escolhida foi a dos adolescentes da nossa região, população para a qual intentamos generalizar os resultados; a população em estudo é composta pelos diversos adolescentes que demandam o Setor de Adolescentes e o ambulatório de Psiquiatria Infantil, em primeira consulta, logo após triagem, na faixa dos 10 aos 19 anos. Acreditamos que representem a população de referência, ainda que o nível de atenção dada à saúde nestes ambulatórios seja também terciário. (\*)

Para eleger a população de participantes, numa amostragem aleatória, usamos também critérios de exclusão: adolescentes grávidas, adolescentes com doenças graves ou crônicas que demandassem internação, ou cujas características psicóticas, psicopáticas e delinqüenciais deixassem entrever a dificuldade de contato e de acompanhamento posterior; adolescentes incapazes de se expressarem verbalmente de forma compreensível, com inteligência limítrofe ou muito abaixo da

---

(\*) Hospital de Clínicas da UNICAMP, coordenação do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (ambulatórios)

média normal, e adolescentes com a função de memória comprometida.

Na medida do possível, tentamos fazer também com que nossa alocação reproduzisse as características de composição por sexo, nupcialidade, etnia, ocupação e condições sócioeconômicas da população de referência.

As pessoas, objeto de nosso estudo, são adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 19 anos de idade, encaminhados em primeira consulta ao Setor de Adolescentes e à Psiquiatria Infantil por instituições, profissionais da área de saúde, por familiares ou espontaneamente, casos em que era pedido o consentimento dos pais ou responsáveis.

O plano piloto foi aplicado, o que nos ajudou a raciocinar e a refazer alguns aspectos de nosso plano inicial.

Detalhamento: Cada paciente foi objeto de:

1. Entrevista: uma inicial e duas de acompanhamento, separadas entre si por um intervalo de uma semana (a segunda) e de duas a quatro semanas (a terceira). Nas entrevistas de acompanhamento, apenas os itens 4-5-6, que se seguem, foram repetidos.

Na entrevista inicial procurou-se obter uma história clínica sucinta: informações sobre os pais do paciente, a partir do ano de nascimento do paciente; dados sobre gestação, parto e primeiro ano de vida, infância, adolescência, grau de instrução, ocupação, condições de vida atuais, migração, em suma, uma pequena biografia, cujos dados são anotados de forma padronizada (ver anexo, ficha de preenchimento e formas de anotação). O informante pode ser um familiar, se possível a mãe, ou o próprio paciente. É registrado o grau de parentesco e o nível de confiabilidade que o médico atribui ao informante. As condições de vida atuais incluem informações de como e com quem o adolescente mora, se trabalha ou estuda, se tem religião; os dados sobre migração incluem o local de origem, motivo, idade do adolescente na época, condições da mudança e reações apresentadas.

2. Estabelecimento de diagnóstico pelos critérios de Feighner e pelo DSM III.

3. Determinação da modalidade relacional principal

4. Aplicação das escalas de Gohram e Sherman, que medem expectativas e atitudes com referência à medicação.

5. Utilização da escala CGI (Impressão Clínica Global)

6. Anotação da medicação que o paciente faz uso (prescrição, circunstâncias de uso, dosagens e horários dos psicofármacos,

tempo que o paciente deverá fazer uso da medicação).

7.Obtenção e transcrição de fantasias do paciente com relação à medicação, de forma livre, e em tempo padronizado. Se, durante a entrevista com os pais, estes verbalizam suas próprias fantasias a respeito de medicamentos ou cura, estas devem ser anotadas também, para efeito de comparação.

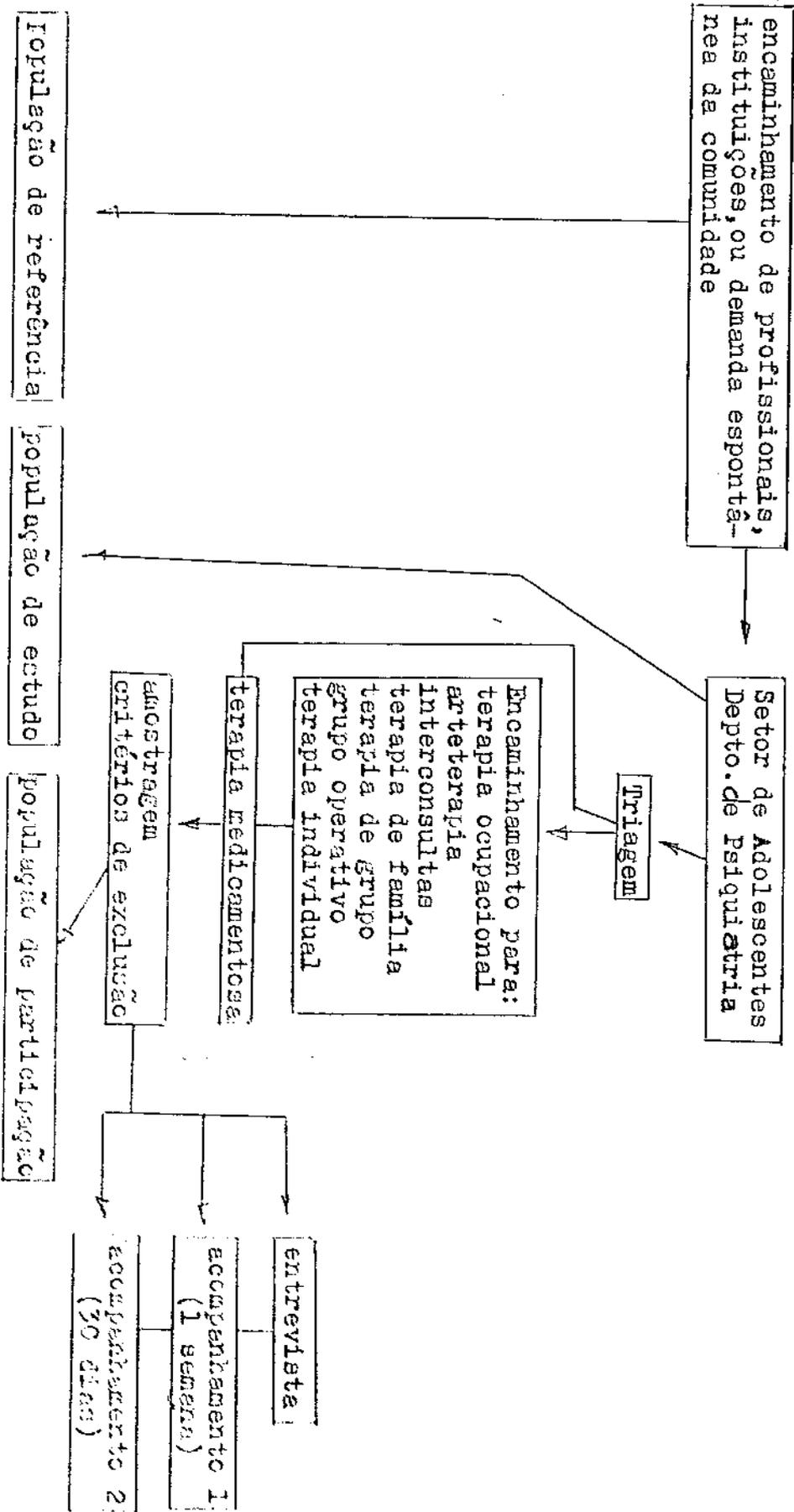
Em anexo a nosso estudo, decidimos questionar adolescentes, numa amostra da população escolar, para tentar entender algumas de suas idéias e sentimentos com relação ao uso de medicamentos. O objetivo foi a pesquisa de crenças, fantasias e atitudes de pessoas de 10 a 19 anos, com relação ao uso de medicamentos em geral e ao uso de psicofármacos em particular. Os instrumentos de pesquisa foram dois questionários (ver modelos adiante). (37)

Condições da aplicação: escolhemos alunos de uma escola estadual que, pela gratuidade, localização em região central da cidade e pelo bom padrão de ensino, recebe caracteristicamente alunos de todas as classes sociais. Sem que os alunos fossem avisados previamente, foram entregues 300 questionários no primeiro (5ª, 6ª e 7ª séries) e no segundo grau de ensino (1ª e 2ª séries). Havíamos contactado previamente com a direção da escola, e obtido seu consentimento. As classes foram escolhidas aleatoriamente, tendo por critério de não-inclusão as que estivessem sob avaliação do aprendizado. Os questionários foram entregues com uma breve explicação, que incluiu a leitura das primeiras linhas, e recolhido num tempo médio de dez minutos (entregue espontaneamente).

---

FLUXOGRAMA:

Processo de coleta de dados dos 31 pacientes adolescentes



"Si non potes intelligere, crede ut intelligas. Praecedit fides, sequitur intellectus" (Se não podes entender, crê para que entendas. A fé precede, o intelecto segue.)

Santo Agostinho (354-430 d.C.)

"Sermões", CXVIII, 1

### ADOLESCÊNCIA: conceituação

Uma pergunta inevitável é: porque nossa pesquisa limita-se a adolescentes?

Bem, de um lado, os pacientes a que mais facilmente temos acesso estão dentro desta faixa etária (10 a 19 anos); de outro lado, gostamos de lidar com adolescentes. Acreditamos que se trata de uma fase/processo muito importante no desenvolvimento da pessoa, ao mesmo tempo vulnerável e cheia de energia, que oferece uma boa oportunidade para que se resolvam problemas vindos de fases anteriores do desenvolvimento. Lidar com adolescentes é lidar com o futuro (Knobel, 1985).

Há cerca de dezoito anos que se vem estudando mais detalhadamente a adolescência, e é provável que para isso concorra o crescente aumento do número de adolescentes na população em geral. (75)

A adolescência corresponde a uma época crítica, em que à mudanças corporais se somam alterações psíquicas, configurando um estado de relativa instabilidade, que, se por um lado pode mimetizar muitas enfermidades mentais, por outro oferece uma oportunidade para que o indivíduo se organize internamente e escolha seu modo de ser e estar-no-mundo, torne-se pessoa. O adolescente não é um paciente comum: ele é inesperado, não convencional, comporta-se de n maneiras diferentes num curto espaço de tempo, traz muitos medos e raivas e ansiedades por resolver, sendo com frequência mal interpretado pelos adultos, inclusive por profissionais da área de saúde mental. (10) (29) (135)

Adolescentes são pessoas que manifestam em sua conduta as diferentes, variadas e típicas consequências da evolução biopsicossocial que neles se processa. e dentro da qual se ressaltam as importantes modificações anátomo-fisiológicas e psicológicas, ponto de partida dos fenômenos de dessimbiotização/individuação e busca de identidade.

As palavras "adolescência" e "adolescente" têm origem latina, como veremos adiante.

Ao que tudo indica, foi Cícero o primeiro na História a usar esses termos.

Marco Túlio Cícero (106-43 a.C.) foi tido, em relatos como o de Plutarco, no conceito de melhor orador e melhor poeta romano (63); pela variedade, extensão e originalidade de sua obra, o maior dos prosadores romanos, e o que mais influência teve sobre

os oradores modernos. Foi pretor, magistrado, e recebeu do Senado o título de "Pater Patriae" (121). Conservaram-se de Cícero 78 versos, 931 cartas e cerca de 10 obras íntegras, das quais as mais famosas são: 1) "Catilinárias", com a célebre introdução: "Até quando, Catilina, abusarás tu da nossa paciência?! (...) Ó tempos, ó costumes!" 2) "Filípicas", 14 discursos assim chamados porque lembravam os discursos de Demóstenes contra Filipe da Macedônia. Na verdade, Cícero as erigiu contra Antônio, que por isso mandou assassiná-lo.

Dizia-se que a mãe de Cícero o deu à luz sem dores; sendo culta, deu os primeiros ensinamentos ao filho. Contava-se também que sua ama de leite teve uma visão: criava um grande bem para todos os romanos. (63) (121)

Os historiadores mostram Cícero como um autêntico "self-made man"; de origem obscura, veio a se tornar o mais importante homem de seu tempo. Possuía uma verruga achatada no nariz: como os latinos chamavam de "cícer" o grão de bico, as zombarias foram muitas a respeito do seu nome, o qual Cícero não repudiou. Ao contrário, dizia que se esforçaria por tornar seu nome mais ilustre que o dos Escauros ou Catulos (121).

Em seus discursos, Cícero utilizava-se amiúde de ironias e chistes, provocando muitas risadas no auditório e nos próprios juízes (63) (121). A Cícero estão ligadas várias defesas de causas dos jovens, e muitos dos seus discursos são motivados por elas, por exemplo, as "Catilinárias". Lúcio Sérgio Catilina era acusado, dentre outras coisas, de homossexualidade, incesto e sedução de jovens. "Gostava de levar os jovens patrícios ao mesmo grau de corrupção que ele próprio atingira" (63).

Por ironia, Cícero, que em vida tanto defendeu a causa de jovens, teve seu fim apressado por um adolescente, Filólogo, um liberto de seu irmão Quinto, que informou a seus assassinos onde Cícero se encontrava. Conta-se que a mulher de Quinto atormentou Filólogo, assando-lhe e comendo-lhe as carnes. (63) (121)

O filho de Cícero foi encarregado por César, que vencera Antônio, de apagar a memória deste. Desta forma, foi reservado para a casa de Cícero o castigo de Antônio. (63)

A origem latina das palavras adolescência e adolescente pode ser constatada pela observação dos termos seguintes:

1) "adolěscō, -is, ěre, lěvī": verbo intransitivo incoativo, usado em sentido próprio e figurado=crescer, desenvolver-se. Também usado com o significado de encorpar-se, tornar-se maior. "Adolescere" é a origem do verbo adolescere: fazer-se adolescente, entrar na adolescência, desenvolver-se, crescer. "Adolescens", "adolestem" é

o que está na adolescência, ou aquilo a que a ela se refere. Moço, jovem, mancebo; usado como adjetivo e substantivo masculino. (52) "Adolescētulus" é também substantivo, diminutivo erudito de adolescente, significando rapazinho, mocinho, fedelho. Tais palavras aparecem nos escritos clássicos com a grafia "adulēscens, -ēntis" (particípio presente de adulesco) e também empregado como adjetivo e substantivo em Cícero ("Cartas familiares", 9, 8, 1 e "Pro Cluntio", 11). O termo "adulescentūla, -ae" é substantivo feminino, significando: mocinha, menina, adolescente, em Terêncio ("Andria"); e como adjetivo e substantivo masculino em Cícero ("Filípicas", 11, 8 e em "Pro Caecina", 68), significando um homem novo, bem jovem, mocinho, rapaz. (47)

2) Adolescentiā = substantivo feminino, significando idade que sucede a infância e precede a virilidade, mocidade, juventude, primavera da vida. Grafia clássica: "adulescentiā, -ae", também como substantivo feminino. No sentido original usado por Cícero ("Pro Cluntio", 11 e "Cato Maior", 4) refere-se ao período da vida que vai dos 15 aos 30 anos aproximadamente. Empregada com a significação de "a mocidade", "os jovens" em Cícero ("Pro Archia", 16). (47)

Interessante observar que o verbo "adolēō", cujo particípio passado é "adultus, -a, -um" significa também queimar, fazer queimar, como em Ovídio ("Metamorfoses", 1, 492), e queimar, consumir pelo fogo em honra de um deus, como em Virgílio ("Eneida", 7, 71). O radical é "olēō", verbo transitivo e intransitivo com a significação de exalar um olor ou odor, perfume, cheiro; rescender, cheirar bem ou mal, veja-se em Cícero ("Epistulae ad Atticum", 2, 1, 1) e Horácio ("Epístolas", 1, 95, 5), cheirar a, como em Cícero ("De Oratore", 3, 99); cheirar a, indicar, deixar perceber, Cícero ("Pro Roscio Comoedo", 20). "Olēa, -ae", substantivo feminino que em sentido próprio significa azeitona, era usado com o sentido de "negar o que é evidente", como na expressão: "nil intra est oleam" = nada há dentro da azeitona, como em Horácio ("Epístolas", 2, 1, 31). (47) (52)

Assim temos, por analogia, algumas características da adolescência/do adolescente:

- a) queimar: aumento da taxa de metabolismo basal; "vulcanismo" hormonal; incremento de impulsos sexuais e agressivos.
- b) exalar um olor ou odor: com as mudanças corporais vem o desenvolvimento dos pelos e glândulas anexas da pele, sebáceas e sudoríparas. O odor pode ser considerado também num sentido sexual.
- c) negativa do que é evidente = face às transformações corporais.

A associação de idéias nos leva também, e desta vez correndo o risco de estender a analogia longe demais, ao uso

da palavra "olor", termo também latino, derivado, que em poética significa cheiro agradável, aroma (52) e que, em Horácio ("Odes", 4, 1, 10) vem com o significado de cisne. O cisne, mitologicamente, tem ampla significação: foi sob a forma de um cisne que Zeus ou Júpiter seduziu Leda, mito que se relaciona ao nascimento de Helena de Tróia, e que inspirou algumas obras de arte. Horácio escreveu que cisnes conduziam o carro de Afrodite ou Vênus, deusa do amor. (61)

É também interessante comparar adolescentes ao "Patinho Feio", conto de Hans Christian Andersen (8), que se acha feio, desajeitado, rejeitado, e se decide a deixar o lugar onde nasceu; depois de muitas peripécias (por exemplo na casa da senhora, desdenhado pelo gato e pela galinha: "Você sabe caçar ratos? Você sabe botar ovos? Se não, vá-se embora, pois não tem serventia aqui") chega a um lago onde nadam aves muito belas, e se descobre cisne. (8)

Assim como na história, adolescentes relatam com frequência sentimentos de feiúra, inadequação, "destoam" do ambiente, sentem-se inúteis porque ainda não adquiriram prontidão para fazer o que se exige deles, nem o que eles próprios desejariam; também parece que as portas se fecham atrás de si, o corpo cresce e muda, não há como voltar, devem seguir adiante, não sabem bem para onde, à procura da própria identidade. Finalmente, conseguem gostar de si mesmos, sentindo-se bem no próprio corpo, e conquistam um lugar dentre seus pares.

Estamos aqui, falando nesse estudo sobre adolescentes, porque a história nem sempre acaba bem. Muitos precisam de ajuda de profissionais preparados, e dispostos a atendê-los.

Em trabalhos anteriores (131) (133) (134) (136) apresentamos alguns critérios para a conceituação de adolescência, que são os seguintes:

1. Critério cronológico: adolescência é o período que abrange a faixa etária dos 10 aos 19 anos (107), ou seja, a segunda década de vida.

2. Critério biológico: presença de crescimento e desenvolvimento físico e ocorrência de mudanças corporais típicas durante estes processos: telarca, pubarca, menarca, ou primeira ejaculação. (109) (134)

3. Critério psicológico: emancipação emocional, com aquisição de uma identidade, uma escala organizada de valores e uma filosofia de vida. (43) (49) (86)

4. Critério sociológico: emancipação econômica, pos-

sibilidade de desempenho de papéis e funções sociais até então sancionadas apenas aos adultos. (96)

Na verdade, não há porque escolher apenas um ou dois destes critérios: parece-nos que o conjunto nos fornece uma visão mais completa do fenômeno adolescente.

Na maioria dos escritos a que tivemos acesso, a palavra adolescência fica tradicionalmente reservada para designar eventos psicossociais, dos quais nos ocuparemos a seguir, enquanto que o termo puberdade vem quase sempre associado à idade em que a pessoa se torna biologicamente apta para a procriação, consoante às mudanças corporais ocorridas entre os 10 e 14 anos em média, para os dois sexos. Puberdade pode então ser considerada um aspecto do que chamamos adolescência (124), com o predomínio de componentes biológicos. O termo juventude é usado com frequência também, porém designa uma faixa etária diferente (mais ou menos dos 15 aos 25 anos) e bastante importante, já que na cultura ocidental, de influências judaico-cristãs, é o período de mudanças psicossociais marcantes (profissionalização, escolha de parceiro, paternidade/maternidade, independência econômica dos pais).

Não nos parece lógico falar da adolescência como um fenômeno imutável, com características "standard", uma vez que tende a variar com as condições sócio-econômico-culturais, e parece tam bém depender do tempo e do lugar usados como referência. Em outras palavras, a adolescência vem como uma função da situação e das circunstâncias, embora sua ocorrência pareça ser universal. A semelhança dos ritos de passagem e iniciação de adolescentes na vida adulta, em várias partes do mundo, quanto às finalidades, são uma evidência nesse sentido (104).

Em Knobel há a idéia de que devemos ver a adolescência como um evento específico dentro do desenvolvimento humano; e considerarmos que suas manifestações vão depender em parte do meio do qual emergem, o qual poderá favorecer ou dificultar esse processo. "Nem todo o processo da adolescência depende do próprio adolescente(...)" (\*)

#### ADOLESCÊNCIA: Fase e Processo

A "tarefa" dos adolescentes, e a expectativa dos adultos e da sociedade, é a de deixarem de ser crianças, assumindo papéis, funções e responsabilidades normais às pessoas adul-

---

(\*) M.Knobel, A Síndrome da Adolescência Normal, in: Adolescência Normal, de A.Aberastury e M.Knobel, pág.51 (1)

tas. Naturalmente, entram na atitude dos circunstantes conceitos sobre o que seria "normal". A normalidade tem vários aspectos (136) como a normalidade estatística (distribuição normal, segundo uma curva em forma de sino); normalidade "normativa" (aquilo que deve ser, segundo padrões sociais de cada sociedade); e normalidade funcional (ausência de deficiência ou lesão, ou de reações desproporcionais aos estímulos recebidos). (136)

O adolescente possui "uma normal anormalidade," (\*) enfrenta uma grande instabilidade interna, e quase todos os graus de conduta, inclusive patológica, são contraditórias na adolescência, porém em caráter transitório. Os limites são imprecisos, nesta idade, entre o normal e o patológico. Anna Freud (53) (54) assinala esse fato, ressaltando que, na adolescência, o normal é a instabilidade, o desequilíbrio, e anormal a presença de tranquilidade e estabilidade. Em outras palavras, queremos dizer que, se os adolescentes mostram-se "bonzinhos", dóceis, respeitosos e obedientes a seus pais, mantendo as mesmas idéias e ideais da infância, algo está errado. Caracteristicamente a adolescência se acompanha de inquietação, desafio, conquista de seu próprio espaço e tempo, descoberta de seus mais remotos limites.

As condições determinadas pelo processo adolescente podem ser, sob circunstâncias propiciadoras, capazes de desencadear o surgimento de sintomas de tipo neurótico, psicótico ou antissocial, os quais podem ser confundidos com as formas iniciais ou frustras de quase todas as enfermidades mentais, embora não integrem um quadro nosológico específico. Infelizmente, também o contrário pode ocorrer, e quadros psiquiátricos bem delineados passarem despercebidos, classificados como atitudes próprias da idade. Por exemplo, o adolescente "borderline", que é até elogiado pela família porque não sai de casa, não dá preocupações, está sempre quieto, sozinho: naturalmente essa família não vai se preocupar em saber se tal atitude é normal ou não, uma vez que parece ser conveniente. (22)

Passando por desequilíbrios intensos, tanto a nível corporal quanto psíquico e social, o adolescente se mostra bastante instável, que embora "anormal" dentro de padrões adultos, é normal, lógica e coerente se consideradas as características desta etapa evolutiva: a tonalidade depressiva com que vivencia suas modificações corporais, a crise de dessimbiotização, a busca da

---

(\*) M.Knobel, A Síndrome da Adolescência Normal, in: "Adolescência Normal, de A.Aberastury e M.Knobel, pág, 58 ( )

própria identidade. Tais características integram todo um processo, que, no entanto, não tem projeção linear, no sentido do menor caminho entre dois pontos; antes é um traçado em ziguezague, incluindo tentativas primitivas de ensaio-e-erro, retornos, paradas, novas progressões. (\*)

Assim, temos configurada, como assinalaram anteriormente Aberastury e Knobel (1), uma entidade semipatológica, a Síndrome Normal da Adolescência(Knobel), que embora conste de uma lista de "sintomas", corresponde ao que é normalmente esperado durante a adolescência:

1)BUSCA DE SI MESMO E DA IDENTIDADE: fenômeno que é comum a todas as etapas do desenvolvimento humano, mas que na adolescência, pelas modificações corporais que despertam sentimentos de estranheza e muitas ansiedades, adquire características muito especiais. Diferentes identidades podem ser temporariamente adotadas pelos adolescentes, confundindo seus pais e outros adultos, mas que são necessárias em seu processo de desprendimento e individuação.

2)TENDÊNCIA GRUPAL: a dependência com relação aos membros que integram a estrutura familiar é transferida em grande parte ao grupo de iguais, numa espécie de transição. A "turma" proporciona segurança e oferece uma identidade, mesmo que uniforme, comum a todos os membros do grupo. Assim, costumam haver normas quanto à vestimenta, atitudes, modos de falar. O adolescente pode desejar submeter-se a um líder, ou ser ele próprio um líder. Ocorre também uma certa irresponsabilidade: ninguém é particularmente culpado por aquilo que o grupo faz.

3)NECESSIDADE DE INTELECTUALIZAR E DE FANTASIAR: fuga para o mundo interno, fantasias conscientes, devaneios, "sonhar acordado", são muito comuns em adolescentes, como também a preocupação pela filosofia, pela moralidade, pela política. Lidar com pensamentos a este nível ajuda, ao que parece, o adolescente a lidar com o incremento de seus instintos sexuais e agressivos e com suas sucessivas perdas.

4)CRISES RELIGIOSAS: contestar a religião dos pais, em que foi criado, mostrar-se repentinamente ateu ou excessivamente místico são atitudes comuns em adolescentes. Parece ser a forma que encontra de lidar com a angústia relacionada com a morte, o que, até então, não o vinha preocupando muito; também expressa uma necessidade de identificação. A atitude frente à religiosidade, portanto, pode va-

---

(\*) Domingos Paulo Infante, duas op.cit. (1) (12)

riar da indiferença ao extremo apego, passando pelas idealizações e pela negação.

5. DESLOCALIZAÇÃO TEMPORAL: relacionada com o pensamento primário. A noção da passagem do tempo, até então baseada no ritmo de comer, dormir, urinar, defecar, estudar e brincar, começa a ter outras características para o adolescente. É durante a adolescência que a pessoa atinge a percepção e a discriminação temporal típicas da idade adulta, forma um conceito de tempo e também aceita a passagem deste como inevitável, e, portanto, entende que haverá a morte dos pais e, posteriormente, sua própria morte.

6. EVOLUÇÃO SEXUAL DO AUTO-EROTISMO À HETEROSSEXUALIDADE: inclui atividade de masturbação, curiosidade sexual, atos de caráter exploratório, que trazem descobertas, aprendizagem da genitalidade, que pode incluir atividade homossexual ou não. Estas atividades têm a função de preparar os adolescentes para o exercício da genitalidade adulta, em que está implícita a capacidade de procriar e a aceitação de responsabilidades inerentes a ela.

7. ATITUDE SOCIAL REIVINDICATÓRIA: contestadores, adolescentes tentam modificar a sociedade, mostrando rebeldia; acreditam honestamente na necessidade de mudança social que melhore o futuro de toda a humanidade. Nesse ponto de vista muitos adolescentes podem vir a ser usados para fins menos nobres e mesmo destrutivos. As divergências, no plano das idéias, com familiares, professores, autoridades; e as opiniões político-ideológicas, capazes de despertar muita emoção, frequentemente não passam, na adolescência, de uma oportunidade de confrontação e de demonstração da própria autonomia e independência. Além disso podem se tornar manifestas diferentes tendências associiais e antissociais.

8. CONTRADIÇÕES SUCESSIVAS EM TODAS AS MANIFESTAÇÕES DA CONDUTA: o comportamento é instável, mostrando defesas geralmente frágeis que se sucedem na tentativa de lidar com as perdas e a vida instintual. O adolescente não tem uma linha de conduta, ele a altera muitas vezes, inclusive de forma contraditória, no uso de identificações temporárias (\*).

9. SEPARAÇÃO PROGRESSIVA DOS PAIS: vem como parte do processo de desprendimento, que se faz necessário, porém gera muitas angústias. Para os pais, também, pode ser muito difícil separar-se dos filhos, negando seu crescimento e desenvolvimento pessoal. Além disso, os

---

(\*) KNOBEL observa que a conduta está dominada pela ação, forma de expressão conceitual mais típica da adolescência. (os grifos são nossos) Op.cit. (1)

pais tendem a ser vistos, pelos adolescentes, como muito maus ou muito bons, e portanto "inadequados", surgindo então a busca de substitutos parentais (professores, artistas, amigos, etc).

10. CONSTANTES FLUTUAÇÕES DO HUMOR E DO ESTADO DE ÂNIMO: a sensação que mais constantemente acompanha o adolescente é a de ansiedade e depressão. Referem-se às perdas que vão sendo elaboradas. É bastante comum que, na adolescência, num momento a pessoa se mostre aborrecida, e noutro oscile rapidamente da depressão à mania, mostrando-se otimista, agitada; o adolescente que se trancou em seu quarto dando a impressão aos pais de que vivenciava uma verdadeira catástrofe, dele pode emergir daí a minutos, todo arrumado, disposto a sair e se divertir muito.

Segundo Aberastury e Knobel (1) (2) e Knobel, Perestrello e Uchoa (86), na adolescência ocorrem perdas importantes e são realizados os seguintes lutos:

a. Luto pelo papel e pela identidade infantis: perda da condição de criança, sentimento de não ser mais uma criança. Naturalmente, isso deve implicar na aceitação de novas responsabilidades e de não ser mais tão dependente, como antes.

b. Luto pelo corpo infantil perdido: seu corpo vai crescendo e mudando, perdendo as características infantis. Como o adolescente não exerce controle sobre estas mudanças corporais, que parecem ocorrer à sua revelia, sente-se "invadido" por elas, o que parece ser o ponto de partida de ansiedades paranóides.

c. Luto pelos pais da infância: os pais que tem agora são os pais de um adolescente, não os pais de uma criança; há toda uma tentativa de reter as imagens queridas e protetoras dos pais de sua infância. A adolescência é uma época difícil para pais e filhos, porque também os pais devem admitir que seu filho cresceu e eles estão envelhecendo. Além disso, as características da adolescência, observada nos filhos, pode reviver muitas ansiedades relativas à própria adolescência dos pais, e que até então haviam sido relegadas a um segundo plano. Nesse caso, pode parecer aos pais ser muito difícil tolerar a instabilidade emocional dos filhos, desencadeando-se conflitos intrafamiliares.

d. Luto pela bissexualidade infantil perdida: até a adolescência as diferenças sexuais não estão definidas em sua plenitude; a partir da evidenciação progressiva das características sexuais, difíceis de negar, o adolescente deve assumir as condições e papéis inerentes ao sexo ao qual pertence.

Com o "novo corpo" surgem novas formas de pensar.

As características do pensamento modificam-se também, assim como o esquema corporal do adolescente. O adolescente tem de elaborar progressivamente suas perdas; durante este processo de luto podem surgir defesas contra tais sentimentos: a) paranóides, em que se sente objeto de vigilância e perseguição; b) fóbicas, evitando lidar com as transformações sofridas; c) maníacas, com a negativa onipotente de todo o processo puberal.

Com o crescimento e as mudanças corporais, o adolescente se vê com características de adulto em curto espaço de tempo: pode rivalizar em capacidades, atitudes, até em altura, com seus pais, o que geralmente acontece. A consumação do incesto seria possível, biologicamente. Tais constatações são fonte de graves conflitos instintuais e motivam a busca de mecanismos de defesa mais eficazes.

Segundo Anna Freud (53) na adolescência desejos pré-genitais são despertados, e se unem aos desejos genitais recém-adquiridos: desta forma, podendo entrar em contato com objetos de amor edípicos. Formam-se, então, três defesas principais: (53)

I. Defesa contra o vínculo com objetos infantis— consiste no afastamento dos familiares e busca de substitutos parentais, que amiúde apresentam características opostas às de seus pais. Ocorre a adesão a líderes diversos, "ídolos" e artistas, companheiros mais velhos, e ao grupo de iguais.

II. Transformação de sentimentos em seus opostos— o amor pode se verter em ódio, a admiração em desprezo, pode se considerar perseguido e oprimido por seus pais (projeção da agressão), sentir-se deprimido e com idéias auto-destrutivas (volta da agressão contra si mesmo).

III. Retraimento da libido para o interior de si— o que se acompanha de traços maníacos, idéias de grandeza e de poder, de salvação da humanidade. O retraimento da libido também pode motivar a observação do corpo com mais detalhes, podendo chegar a preocupações de características hipocondríacas.

Assim, pelo que expusemos e referenciamos, está feita a conceituação da adolescência enquanto fase e processo. A nível clínico, importa ainda fazer considerações quanto à voluntariedade das ações adolescentes. Ora, as circunstâncias causaram transformações corporais sem que pudessem fazer nada para controlá-las ou impedi-las; e, constantemente, os adolescentes vivenciam as consequências de relacionamentos em que eles foram, total ou parcialmente, agentes ativos que manifestaram sua vontade.

Em outras palavras, foram capazes de manifestar intenções e desejos. Mas quais seriam seus verdadeiros desejos e intenções?

Principalmente na adolescência, consideradas as condições da evolução biopsicossocial que se processa, a comunicação frequentemente resulta incompreensível pelos adultos, dando a sensação de vir falseada, conscientemente ou não, lacunar e difícil de ser decifrada.

Nesse caso, para que serviriam tais alterações?

Qual a finalidade de uma mensagem que não se faz clara, e que, no entanto, encontra outras formas, dissimuladas e desviantes, de expressão, em outros contextos?

Estamos à procura de sentido.

Se por um lado, como dissemos, os adolescentes experenciam as consequências de relacionamentos em que eles foram total ou parcialmente, agentes ativos, por outro lado encontramos, por parte dos adultos, atitudes preconceituosas e reducionistas, que tentam generalizar e mesmo padronizar as reações próprias da adolescência: em outras palavras, funcionam segundo determinados estereótipos.

#### ESTEREÓTIPOS DA RELAÇÃO ADULTO-ADOLESCENTE:

James Anthony (\*) refere-se à existência de estereótipos através dos quais os adultos lidam, às vezes, com os adolescentes: o adolescente considerado como objeto perigoso e em perigo, o adolescente considerado como objeto sexual, o adolescente considerado como um indivíduo inadaptado, o adolescente considerado como objeto de inveja, o adolescente considerado como objeto perdido, e o adolescente considerado como objeto de investigação.

Por parte dos pais, como assinala Infante (†) pode haver a atuação direta destes estereótipos, seguida das tentativas dos adolescentes em se libertarem deles. Por exemplo, a racionalização da ocorrência de perigo pode privar o adolescente de muitas experiências, e o estereótipo do adolescente como uma pessoa irresponsável pode fazer com que os pais "programem" toda a vida do filho. Restrições como essas, baseadas em suportes lógicos porém estereotipados, podem se repetir em tantos níveis que ao adolescente só podem restar poucos campos em que possa expressar livremente seus desejos. Infelizmente, esses poucos campos de atua

---

(\*) Apud Domingos Paulo Infante, "Devir Adolescente" (Op.cit.) (†)

ção podem ser justamente aqueles proibidos pelos pais, ou aqueles em que os pais, por diversas razões, não entram em contato. Por exemplo, uso de drogas ilícitas e atividade sexual.

1.0 adolescente considerado como objeto perigoso e em perigo: pode ocorrer um mal estar de tonalidade paranóide nos adultos quando o adolescente luta por conquistar seu próprio lugar. Na verdade, todo adulto tem a percepção de que, mais cedo ou mais tarde, cederá lugar aos mais jovens. Além disso, e talvez por isso, os adolescentes podem ser vistos como pessoas que "correm perigo" e, conseqüentemente, devem ser "salvos" de si mesmo e protegidos, mesmo a contragosto. (137)

2.0 adolescente considerado como objeto sexual: há algum tempo atrás era usual a expressão "beleza do diabo" para designar a atração sexual frequentemente causada em adultos pela visão dos corpos de adolescentes. Ocorre que, não obstante suas intensas mudanças internas e externas, na adolescência a aparência física transmite mais a idéia de harmonia e beleza. Os músculos delineiam-se com mais nitidez devido à relativa escassez de tecido celular subcutâneo, e os contornos são mais nítidos. Apesar de que o psiquismo evolui com certo atraso, se comparado com a maturação (138) corporal, o adolescente com frequência é visto, e usado pela propaganda, como objeto sexual. Na propaganda, adolescentes anunciam quase tudo. Ao que parece, a sublimação parcial de sentimentos ligados e este estereótipo aparece no fato de que, na escolha de uma figura que simbolize os valores e ideais mais nobres da humanidade, geralmente se recorra à imagem de uma mulher adolescente, símbolo do que há de vir, esperança de fecundidade e de perpetuação destes ideais. A personificação da liberdade e da justiça são exemplos. (139)

3.0 adolescente considerado com um indivíduo inadaptado: o que em parte parece de fato ocorrer, mas que não é a regra, principalmente se consideramos o caráter transitório de adaptações sucessivas por que passa o adolescente. De outro lado, esta situação implica na invalidação de todas as contribuições da adolescência; e sabemos que, da criatividade exuberante desta, advêm muitas conquistas e vivências positivas para a humanidade.

4.0 adolescente considerado como objeto de inveja: tal inveja é muito frequente, ainda que não seja conscientemente percebida. Adolescentes podem ser observados ressentidamente por pessoas que não vivenciaram adequadamente suas próprias adolescências e por isso nutrem sentimentos destrutivos: é provável que desejem desfrutar das coisas que o adolescente desfruta em função de sua

aparência e idade. David Zimmermann (\*) relata uma história que bem exemplifica a força destrutiva da inveja: conta que uma fada aparece a um invejoso e lhe diz que, mágicamente, poderá satisfazer qualquer desejo seu. A única condição que a fada lhe impõe é a de o vizinho dele (objeto de sua inveja) obtivesse em dobro tudo aquilo que o invejoso ganhasse. Então o invejoso desejou que a fada lhe arrancasse um olho...

5. O adolescente considerado como objeto perdido: ou seja, considerado como um objeto perdido com relação à personalidade adulta, nostálgicamente não recuperável. A adolescência é idealizada, vista com cores mágicas, principalmente se a vida adulta não traz satisfações ou se acompanha de perdas e de decepções.

6. O adolescente considerado como objeto de investigação: As tentativas de "entender" o adolescente podem ocultar tentativas de dominação e de controle: nada mais eficaz para conter um inimigo do que a sua identificação detalhada. Seria "inimigo" o adolescente considerando que, estando à procura de seu próprio lugar, ameaça nesta busca deslocar o adulto de suas posições; seria "inimigo" porque sua mocidade lhe permite atitudes e comportamentos vedados ao adulto. O que seria útil e adequado, isto é, a compreensão do processo adolescente e a facilitação de sua tarefa evolutiva, como observa Knobel (1), corre o risco de tornar-se algo indesejável: uma investigação cuja base invejosa determina que se procure prever os atos dos adolescentes com o objetivo de abortar as tentativas julgadas "inconvenientes" por alguma razão.

O problema de tais estereótipos é que tendem a funcionar como uma espécie de "molde" no qual o jovem, ávido por explicações, tende a se encaixar e mesmo apoiar. Tal conduta, evidentemente, reforça a formulação do estereótipo. Assim, o adolescente que é "informado", pela conduta do adulto, que é comum na adolescência este ou aquele comportamento, seja ou não aceitável socialmente, tenderá a agir no mesmo sentido ou no sentido oposto, mas sem sair da direção imposta pelo estereótipo. Isso reforça a atitude dos adultos.

Contraditariamente, pode acontecer que o adolescente, que de forma característica, luta por um mundo melhor, se veja na condição de depositário de partes inaceitáveis da sociedade.

---

(\*) Autor de Porto Alegre, na apresentação do livro "Inveja e Gratidão" de Melanie Klein à edição brasileira (Imago). (80)

"Um médico vai ver um doente e lhe diz: estamos aqui três presentes: você, eu e a doença. Se você quiser ajudar-me e aceitar minhas indicações, seremos dois contra a doença, que ficará sozinha e poderá ser vencida por nós"

Elqueliubi, "Os Autores Árabes",  
de L.Machuel. (119)

PSICOFÁRMACOS: conceituação

O termo psicofármaco é composto de duas palavras gregas: "psyche", que exprime a idéia de mente, alma, espírito; e "pharmaka" (remédio ou veneno) ou "pharmakon" (remédio, farmácia, medicamento). (52)

Psicofármaco é uma substância ou produto químico de uso medicamentoso, potencialmente capaz de modificar funções mentais. Tal definição implica em uma reflexão sobre a responsabilidade do médico no uso destes agentes, tanto com relação ao estudo bioquímico e experimental quanto a efeitos adversos, principalmente nas primeiras décadas de vida (infância e adolescência). À parte eventuais idiossincrasias, importa considerar também prováveis fatores psicológicos, capazes de modificarem o efeito psicofarmacológico. (41) (92) (94) (117) (125) (150)

Com a crescente consciência social de nossa época, as considerações sobre os usos e tipos de medicamentos em psiquiatria tendem a se constituírem num foco de interesse geral, que inclui médicos e pacientes, bem como outras pessoas da sociedade na qual ocorrem tais considerações. O estudo de psicofármacos obrigou o uso de métodos multidisciplinares: aspectos biológicos, psicológicos e sociais devem ser considerados em sua totalidade. (5) (12) (23, 112)

Todos aprendemos, através da química e da fisiologia, o efeito dos psicofármacos nas funções corporais, no metabolismo, no equilíbrio neuroendócrino, no sistema nervoso autônomo e centros nervosos superiores relacionados com a sensopercepção e a coordenação neuromuscular, e, a cada dia, as informações nesse sentido se avolumam. (129) (141)

Embora tais estudos sejam decisivos para o tratamento mais eficaz dos pacientes, existem outros aspectos a serem considerados: vem crescendo nos últimos anos, ainda que timidamente, a atenção referente às implicações psicológicas com referência ao uso de psicofármacos, tanto a nível individual quanto coletivo. As motivações, por exemplo, variam de indivíduo para indivíduo e de grupo para grupo, mesmo dentro de uma só coletividade: enquanto uns aprovam de forma entusiasmada, outros condenam com igual veemência; uns encaram com reservas e ainda outros limitam seu uso a determinadas circunstâncias. Esta variação quanto a aceitação de psicofármacos dificulta certas intervenções médicas, uma vez que as atitudes dependem em grande parte de juízos de valores culturalmente aceitos. (88) (89)

Sabemos com que frequência os indivíduos se guiam pela lógica daquilo que acham razoável, e não pela lógica do que é racio

nal: porque o razoável está referido a valores, relaciona-se com a experiência pessoal e histórica.

A complexidade aumenta quando refletimos que o consumo de psicofármacos pode ser:

1. um ato compulsório, quando prescrito por médico, que anteriormente avalia o estado do indivíduo e a conveniência do seu uso;
2. um ato voluntário, motivado conscientemente ou não, mas buscado de modo ativo pelo indivíduo.

PSICOFÁRMACOS: sua avaliação como objetos culturais, e os modos coletivos de conduta.

Existem no mundo, tal como nós o conhecemos, uma quantidade considerável de objetos e coisas que não foram criados pela natureza, mas pelo homem, e que se constituem em sinais e produtos da vida humana. Podem ser apresentadas através de elementos materiais ( plantas ) ou não materiais ( tradição oral, que passa de geração em geração ). De toda forma, tais coisas e objetos expressam intencionalidade. Um comprimido possui matéria física, mas seu ser essencial, seu sentido ou significação não está formado pela substância química que o compõe, nem por sua forma ou cor, mas por algo que traduz um sentido humano; queremos dizer, um comprimido é algo fabricado intencionalmente pelo homem com um fim utilitário. Da mesma forma, drágeas e injeções são formadas por substâncias materiais diversas, mas se constituem em medicamento, não por estes diferentes materiais considerados isoladamente, mas pelo seu sentido próprio: são obras humanas cuja intencionalidade é terapêutica.

Embora possuindo a estrutura das ações humanas, com um motivo e uma finalidade, tais coisas e objetos de que dispomos terapêuticamente não são dinâmicos, como é a vida própria das pessoas, mas inanimados, inertes e imutáveis. Não são ato, e sim coisa feita, acabada, incapaz de se transformar, a não ser por intermédio de outras ações do homem. Não são realidades vivas, embora muitas pessoas, que vivem dentro do que a sociedade considera normalidade, possam acreditar no contrário e fantasiar relações de objeto, utilizando-se, por exemplo, de personificações.

Crenças deste tipo, que contrariam o fato de que medicamentos não são realidades vivas, são encontradas em muitas sociedades, embasando alguns dos modos místicos de se considerar a cura de doentes, e influenciando a opinião dos circunstantes.

Além disso, as pessoas tendem a se comportarem

"como todo mundo", ainda que sintam que este modo de agir é injustificado ou não tem razão de ser. Os motivos que as levam a agir assim incluem: conveniência, medo de provocar o repúdio de outras pessoas, respeito e consideração por pessoas que agem assim, ou mesmo a idéia de que tal modo de conduta, ainda que ridículo ou desprezível, ainda é melhor do que nenhum: isto é, o indivíduo pode não se identificar com os modos coletivos de conduta mas segui-los mesmo assim. A submissão a esses modos coletivos pode se dar por uma íntima e sincera adesão, mas isso não parece ser essencial.

#### PSICOFÁRMACOS: convicções e crenças

Os limites socialmente impostos, os convencionalismos, atuam no sentido de conter nosso comportamento. Óbvio, pode variar muito o poder de tais forças sociais. A expressão "nós não fazemos isso", por exemplo, assume significados diferentes quando é usada por companheiros de lazer, num clube, ou quando é usada por pais ou avós do indivíduo.

As convicções e crenças não são fenômenos intelectuais, apesar de, frequentemente, possuírem componentes intelectuais. Convicções e crenças são fenômenos a nível de emoções, algo que está incorporado à nossa vida, algo que parecemos ser de fato. A força que possuem não deriva de sua justificação intelectual, mas do enraizamento sentimental em nosso ser. Sabemos que algumas convicções persistem, a despeito de serem controversas ou inexplicáveis. Agir segundo as próprias convicções e crenças converte-se com frequência num hábito arraigado, o que lhes confere poder e um certo automatismo, traindo outras intenções que a pessoa possa ter. Em outras palavras, é possível que, apesar da deliberação ponderada envolvendo o uso de um dado psicofármaco, a pessoa venha a manifestar atitudes e reações incompreensíveis, a menos que se considere suas convicções e crenças, familiares e pessoais.

Os modos coletivos de conduta como que entram na pessoa de fora para dentro, pressionam-na, arrastam-na como força poderosa. Talvez isso ocorra porque, durante o longo processo de socialização, e principalmente na infância, a pessoa é levada a fazer coincidir sua opinião com a de outros. Quando surge um problema sério, é comum vermos como as pessoas perguntam umas às outras o que fazer, o que pensam e sentem sobre o assunto. Também é comum que procurem apoio em alguma convicção ou crença socialmente aceita para explicar ou resolver este problema. O homem autônomo, que intelectualmente pode se erigir contra crenças e valores de sua sociedade, e por isso atrair sobre si pressões diversas, uma vez que

sofra e se angustie, tenderá a buscar emocionalmente situações e circunstâncias que o ajudem a emergir da crise. Isso parece ocorrer com a transformação lenta das convicções e crenças coletivas em algo muito mais sólido do que idéias ou opiniões; atingem muitas vezes o "status" de uma realidade estabelecida, virtualmente inquestionável, que passa a funcionar como um referencial, incluindo valores, padrões aceitos de conduta e de julgamento dos atos das pessoas. (40)

Para efeito de comparação do que dissemos vamos ver duas tendências dentro da arte de curar, em nossos dias: uma, a mais conhecida e legalizada, é a medicina, com a crescente especialização, concentrando-se "cada vez mais no cada vez menos" (\*), e a outra é a prática ilegal da medicina, exercida por curandeiros. Entre esses dois extremos observamos:

1. As tentativas terapêuticas que não seguem as tradições científicas são geralmente encaradas com desconfiança e ceticismo pelos médicos; (27)
2. Desde épocas remotas a cura vem sendo conseguida por curandeiros, feiticeiros, "shamans", investidos quase sempre de poder religioso, que hoje em dia parecem agir acreditando que a doença envolve corpo e mente, o meio físico e o ambiente social, as crenças pessoais e a imagem que a pessoa faz de si mesmo. A abordagem é holística e tenta promover a auto-cura. Utilizando-se de rituais, e de seres vivos e inanimados, estimulam a pessoa através da sugestão e influência pessoal, que acreditam vir de forças sobrenaturais, do poder de espíritos. (27) (40)
3. Achamos que se reveste de interesse o estudo de tais práticas, porque se mostram eficientes em alguns casos: por exemplo, é de nosso interesse entender como o "shaman" induz no doente o que parece ser um surto psicótico, mas que permanece sob o controle do "shaman" e pode ser revertido.
4. Entre povos mais primitivos os curandeiros são descritos como pessoas saudáveis, que se oferecem como exemplo de harmonia corpo e mente, com boa adaptação e integração ao ambiente. Esperamos tais características dos médicos atuais, mas vemos que alguns têm hábitos e atitudes ilógicos e pouco saudáveis. São pessoas que têm a seu cargo a preservação da vida e a manutenção da saúde de seus semelhantes, mas que apresentam doenças físicas e mentais, diminuição do tempo médio de vida, uso de álcool e drogas, tendências sui-

---

(\*) expressão usada comumente na Faculdade de Medicina de Campos, Rio de Janeiro, da qual sou egressa, para designar o conhecimento especializado: nessa instituição enfatizava-se a formação de generalistas. Desconheço se tal expressão foi publicada com autoria definida.

cidas e patologias sociais. Desnecessário ressaltar como estas ocorrências costumam ser negadas, criando muitas vêzes situações risíveis, por exemplo quando o médico fumante diz a seu paciente que o fumo prejudica a saúde.

5. A vida profissional dos médicos costuma ser sobrecarregada, com múltiplos compromissos. Apesar disso lida constantemente com pessoas seriamente transtornadas, com a dor e com a morte. Aprendem os médicos que não podem negligenciar no trato com seus pacientes, que a medicina é uma espécie de sacerdócio: a interpretação literal dessa forma de pensar leva à colocação do seu bem estar em segundo plano, e a isso se somam as preocupações de ordem econômica. Além disso, no dia a dia dos plantões e ambulatórios, não resta muito tempo para o estudo de influências emocionais, que são relegadas para um segundo plano; o resultado frequente é que o médico passa a negar a influência das emoções e sentimentos em seus próprios corpos, mentes e vidas. (27)

6. Os pacientes de um curandeiro ou "shaman", como os de um médico, perguntam porque estão sofrendo, porque eles, e não outra pessoa qualquer, ficaram doentes, qual a razão de sua enfermidade. As respostas obtidas variam muito. Para a consternação dos médicos formados dentro do conhecimento científico mais rigoroso e das técnicas e teorias mais modernas, o paciente preocupa-se menos com os títulos, e mais com o poder de cura apresentado. À parte de um diagnóstico bem feito e do resultado de exames, o paciente parece precisar fundamentalmente de apoio e segurança, e respostas às suas perguntas mais emotivas: "que é que eu tenho?" "eu tenho cura?" "como lidar com isso?" (14?)

7. O curandeiro frequentemente apresenta-se bem sucedido nos "negócios", o que parece ilógico, uma vez que o paciente tem acesso, hoje em dia, aos melhores recursos da medicina. Porque tantas pessoas procuram curandeiros e se curam? A resposta parece ser a de que eles executam serviços que o médico não faz, ou atendem a necessidades que o médico não atende. Que serviços ou necessidades seriam estes? Qual o segredo da considerável popularidade dos curandeiros, mesmo em regiões bem atendidas do ponto de vista médico? Porque parece difícil conseguir que muitas pessoas abandonem suas crenças e superstições, sua fé em adivinhos e curandeiros? E porque alguns dos próprios profissionais de saúde se utilizam de tais serviços não científicos?

8. Parece que o curandeiro vê seu paciente sob outro prisma: dá a impressão de que se importa de fato com as pessoas, sem mostrar indiferença (estudada ou não), nem ares de superioridade. Trata de

explicar porque o paciente está doente, ou está sendo perturbado. Dá uma razão para sua doença ou problema. Impressiona o paciente, que parece sentir medo e fascinação, mas também o tranquiliza, aumenta sua fé e usa de sugestão. O curandeiro é convincente porque acredita no que faz, sente e diz. (Há exceções à regra, mas a popularidade nestes casos não é muita). O médico recebe conhecimentos científicos e os considera em uma base racional. Mas nossas emoções influenciam nossa tomada de posição frente a tais conhecimentos, e isso nem sempre é consciente. Resulta daí que é possível que o médico adote uma técnica ou psicofármaco para seu paciente que, por motivos emocionais, não usaria em si mesmo. Acreditamos que esta maneira de agir possa vir a ser, de alguma forma, apresentada pelo paciente, e nesse caso influenciar no resultado do tratamento. É observado por todos nós que alguns médicos logram êxitos elogiáveis com determinados medicamentos prescritos a seus pacientes, ao passo que os mesmos medicamentos resultam ineficazes ou causem efeitos indesejáveis quando prescritos por outros médicos: supondo que haja honestidade na descrição de tais fatos, se o medicamento não mudou, o que mudou? Presumimos que seja a atitude do médico, que pode acreditar ou não (a nível intelectual e emocional) na eficácia do medicamento e no acerto de sua intervenção. Também acreditamos que a modalidade relacional do paciente frente a seu médico influa consideravelmente nos rumos do tratamento.

---

"Que ele está doido, é bem verdade;  
e é bem verdade  
que é pena;  
e é pena ser verdade"

Shakespeare (1564-1616)  
Hamlet, Ato II,  
palavras de Polônio (119)

## PSICOFÁRMACOS: breve histórico

Quantos passos teve que dar a humanidade para chegar ao conceito que temos hoje de psicofármacos?

Ao que tudo indica, o primeiro tratado de terapêutica surgiu dois mil e setecentos anos antes de nossa era, na época em que Chi-Nug era imperador da China. Nos "Memoráveis Fatos Históricos" da era de Han, Chi-Nug ou Shen-Nung (2838-2698 a.C.) é descrito com "divino lavrador", que, segundo a lenda, teria tornado férteis os solos chineses, sendo o rei agricultor. (146) "Shen-Nung bateu nas ervas e nas árvores com um açoite vermelho e principiou a provar centenas de ervas e assim começou a farmacoterapia", e: "Shen-Nung primeiramente ensinou o povo. Ele provou o sabor de centenas de ervas. Em um dia ele topou então com setenta venenos"... "Quando o príncipe estiver doente, tome remédio, o ministro que o prove primeiro..." (\*)

A nível de "experimento" farmacológico, era usual que escravos e subalternos servissem de cobaias para as diversas drogas que iam sendo descobertas. A correspondência entre o rei assírio Asarhaddon e seus médicos (146) mostra esse costume, que por sua vez explica o conhecimento que povos da Mesopotâmia possuíam de substâncias potencialmente tóxicas, como a mandrágora, o meimendro, o cânhamo indiano. (91) (94)

O equivalente na Índia, aos Pen-Tsao chineses, eram os "Vedas", livros sagrados que continham, dentre os outros preceitos, práticas relativas à conservação da saúde. (146)

No Egito e entre o povo hebreu a medicina apresentava características teúrgicas, sendo exercida por sacerdotes que retinham em seu poder, nos templos, os segredos da arte de curar. (146)

Na Grécia a medicina foi divinizada, com Esculápio ou Asclépio, a quem eram dedicados a cobra e o galo (a prudência e a vigilância). (66)

Em Alexandria, centro intelectual da Antiguidade, surgem Serapis (séc. III a.C.) com estudos experimentais de plantas, e Mitrídates (80 a.C.) com a teriaga, antídoto para todos os venenos, panacéia em que muitos acreditaram durante 17 séculos. (146)

Para os romanos, no tempo de Catão (234-149 a.C.) a medicina também era teúrgica. Catão preconizava dietas de alho, cebola e couve como agentes terapêuticos. Depois da conquista do

---

(\*) "Shen-Nung Pen Tsao" apud Thorwald, op.cit. (146), vide pág. 233  
É provável que se trate do mais antigo livro de Medicina que se tem notícia.

Oriente, médicos que se refugiaram em Roma trouxeram novas terapêuticas. Havia então rudimentos de especializações, como os que cuidavam dos doentes ("clínicii"), os farmacêuticos ("pharmaceutes") os mercadores de remédios ("Pharmacopoles"), os moedores de drogas ("pharmaceutribes"), os mercadores de plantas ("herbarii") e os que cuidavam dos ferimentos ("chirurgii"). (47) (16)

O advento do Cristianismo tornou a medicina muito mais teúrgica: as possibilidades de cura centravam-se no culto à divindade e às relíquias sagradas. (63)

As seitas árabes e suas idéias médico-filosóficas deram novo rumo à ciência médica, pois conciliaram as descobertas mais recentes para a época com as tradições greco-latinas. A farmácia se separou da medicina. Avicena é o grande nome da época. (63)

Na Idade Média é fundada a primeira escola de medicina, da forma que conhecemos hoje. Em 1425, na Universidade Francesa, a separação entre a medicina e a farmácia tornou-se bem clara. Durante os séculos XVI e XVII estudos sobre substâncias químicas tomaram grande impulso, e foram publicadas várias "farmacopéias", obras que sintetizavam o conhecimento da época. Com a descoberta da América, novos agentes terapêuticos foram acrescentados às farmacopéias. Remédios "secretos" eram bastante populares, como a água de melissa dos carmelitas, o elixir de Garrus, as pílulas de Belloste, o láudano de Sydenham. Algumas substâncias insólitas eram misturadas aos medicamentos conhecidos: saliva, urina, pó de chifre, pêlos, excrementos, gordura, pequenos animais, como besouros. (33)(63)(146)

O período dito científico da medicina delineia-se a partir dos séculos XVIII e XIX. A polifarmácia foi sendo gradualmente abandonada, uma vez que a descoberta de princípios ativos simplificava as fórmulas. A apresentação dos medicamentos foi se diversificando, uma vez que novas técnicas e métodos permitiam por exemplo, a edulcoração, a obtenção de pós ultrafinos, a fabricação de pastilhas e pomadas, cápsulas e comprimidos. Com Pasteur e Jenner foram introduzidos princípios de esterelização de medicamentos. (145)

O princípio de causa específica (um micróbio, uma doença; um gen, uma enzima) veio a se ajustar com perfeição à concepção cartesiana de que organismos vivos se assemelham a máquinas, e que o desarranjo pode ser consertado revendo-se o funcionamento de um dos mecanismos. Descartes (1596-1650), junto com Francis Bacon, é considerado o fundador da filosofia moderna, e teve uma influência decisiva sobre a medicina. A "máquina humana" passa a ser alvo de uma concepção bélica: metáforas são usadas constante-

mente, como "atacar o problema", "bombardeio" da radiação, "invasão" de células malignas, "arsenal" terapêutico, "guerra" química para o "combate" ao microorganismo que "mata" a célula, e assim por diante. A divisão mente e corpo, a tendência a se reduzir a doença a uma só causa e as comparações do organismo a uma máquina integram um modelo biomédico de influência cartesiana (27) cujas repercussões chegam até nossos dias.

A história da psicofarmacologia tem cerca de três décadas. No entanto, se considerarmos os psicofármacos em sentido amplo, vemos que o uso de substâncias capazes de modificar funções mentais é muito antiga. "Viu, pois, a mulher que o fruto da árvore era bom para comer e agradável aos olhos, e que era desejável para abrir o entendimento" (Gênesis, 3:6). Também em Gênesis, 30:14 há o relato de como Rubem achou mandrágoras no campo de trigo, e de como sua mãe Lia as usou para conceber de Jacó. A mandrágora era conhecida na Antiguidade por suas propriedades narcóticas e afrodisíacas, e usada para reverter a esterelidade. Contém atropina e pode causar acessos de desvairio, suas raízes assemelham-se a um corpo humano e talvez por estas razões tenha sido tão usada como talismã e em práticas de bruxaria. (13) (146) (94)

Há uma longa lista de substâncias químicas que são capazes de modificarem funções mentais. Algumas foram usadas com finalidade ritual por vários povos, como a mescalina; outras como as folhas de coca, mascadas por índios da América para amenizar a sensação de fadiga e de fome nas longas caminhadas. O ópio, obtido da papoula, e de efeito narcótico, era conhecido dos sumerianos em 4.000 a.C. ("planta da alegria"). O haxixe era conhecido no Egito e na Ásia Menor muito antes de ser estudado como indutor de delírios, no século passado. Os estudos sobre o éter, o álcool, a cocaína, a escopolamina e outras drogas se intensificaram no final do século passado e início deste. Em 1913 foram sintetizados os primeiros barbitúricos (Fischer/von Mehring) e usados no tratamento da insônia, permitindo também a narcoanálise. A seguir foram empregados o cloral e os brometos. (38) (94)

Em 1938 era sintetizada a anfetamina, mais ativa que as aminas simpaticomiméticas conhecidas, estimulante poderoso da atividade mental que impede o sono e diminui a sensação de fadiga, e que foi muito usada durante a Segunda Grande Guerra. Técnicas de estudo da personalidade através de drogas foram tentadas neste período. (38) (94)

Em 1947 isolou-se a prometazina de substâncias conhecidas na indústria de corantes e com propriedades anti-helmínticas, sendo descrita como sedativo e anti-histamínico. (94)

Em 1950 é sintetizada a clorpromazina por Charpentier. Em 1952 Laborit observa que ocorre, sob seu uso, desinteresse do paciente por aquilo que o rodeia, sem alteração da consciência. Essa data assinala, portanto, o nascimento da psicofarmacologia. (94)

O termo psicofármaco tem origem controversa. Polidinger, citado por Caruso Madalena (94) observa que, mesmo sendo difícil verificar quando o termo foi empregado pela primeira vez, Roth refere-se a Reinhard Lorichius de Hadamar, que no ano de 1548 publicara em Frankfurt "uma coleção de preces reconfortantes e comentários sobre a morte", dedicados a doentes e ao Conde Ludwig von Stolberg, e cujo título era "Psychopharmakon, hoc est: medicina animae" (94). Deniker (38) assinala que o termo psicofarmacologia surgiu em 1956 na literatura médica, quando as ciências do comportamento se encontraram com a farmacologia.

Da década de 50 em diante houve a descoberta progressiva de vários medicamentos com ação sobre as funções mentais, principalmente tranquilizantes e anti-depressivos, que possibilitaram o controle de sintomas sem provocar, como antes, uma profunda obnubilação da consciência. A contenção externa, feita de praxe nos hospitais, foi sendo substituída pela contenção química, ficando bem reduzida a hospitalização, uma vez que os atendimentos podiam, em muitos casos, serem feitos a nível ambulatorial. (33) (34)

Embora as tentativas de diminuir os efeitos colaterais indesejáveis dos psicofármacos sejam muitas, estes ainda persistem. O desconhecimento da totalidade dos processos biológicos e funções reguladoras do organismo deve ser admitida de forma consciente por todos nós, para evitar o uso indiscriminado e inadequado de psicofármacos, principalmente quando se trata de crianças e de adolescentes, pelas características próprias de organismos em desenvolvimento.

---

"Já sabia que a verdade de hoje pode ser o erro de amanhã...que toda a Arte Médica, estando em constante reformulação e reforma, tudo que é atual e moderno é duvidoso e esconde uma mentira ou engano que os tempos vão tornar aparentes. Que a medicina é assim, instável: a construção de uma cidade sobre solo em terremoto permanente..."

Pedro Nava (1903-1984)

"Galo das Trevas"

(119)

PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS EM PADRÕES DE INTERAÇÃO HUMANA

A. Relações interpessoais parecem ser inevitáveis.

No campo da medicina, sempre ocorre o estabelecimento de um vínculo entre paciente e médico, e a participação emocional de ambos; esta participação se inicia com a expectativa prévia mútua e se continua ao longo do relacionamento. Na verdade, tal relação é desigual: o paciente não está no seu território, e, de certa forma, sente-se submetido hierarquicamente ao terapeuta, que o avalia. Esta circunstância, por si mesma, gera um certo grau de ansiedade que deve ser considerado.

Pessoas reagem umas com as outras (interagem) da forma, que no momento, lhes parece mais adequada para estabilizar suas tensões, ainda que, algumas vezes, isto implique em descarregar tais tensões de diferentes formas que não as "naturais". Os sintomas, vistos sob este ângulo, consistem numa tentativa de restaurar o equilíbrio interno. (69)(93)(95)(114)

Pacientes fornecem informações ao médico, informações que são, o mais das vezes, distorcidas: não é usual que consigam se exprimir de forma direta e clara. Frente a esta constatação, as tarefas do terapeuta são:

1. Conseguir um nível de comunicação que seja operativo;
2. Deduzir, pela observação do comportamento do paciente e pelo tipo de relacionamento afetivo que se estabelece, o que está realmente sendo comunicado, que tipo de intervenção poderá ser feita e mesmo se será oportuna tal intervenção;
3. Reconstruir, com base no que é manifesto pelo paciente e no que pode perceber como conteúdo latente da comunicação, a resultante das forças intrapsíquicas e externas, como se faz numa análise vetorial.

B. Em dois níveis diferentes de intensidade e duração temos, esquematicamente: comunicação/reação e conduta adaptativa.

1. Comunicação/reação: o que acontece?

Aqui faremos algumas considerações sobre modos possíveis de reação frente ao que a outra pessoa nos comunica, e sobre o valor de verdade ou significado atribuído à comunicação.

Uma comunicação, além de veicular uma mensagem interpessoal, também informa como esta deve ser entendida pela outra

pessoa.

Parecem haver quatro modos principais de reação, a que propomos o nome de modalidades reacionais. São eles: concórdia, rejeição, invalidação e apresentação de sintoma.

Para exemplificar, vamos supor que, em dado ambiente, uma pessoa cumprimente outra e esta não responda ao cumprimento. Para efeito de raciocínio vamos supor também que tais pessoas não se conheciam, jamais haviam se visto anteriormente, e que só possuem indicadores recentes, vagos e não verbais sobre a pessoa com a qual se defrontam. Ora, o ato de cumprimentar é culturalmente estabelecido, e, a julgar pelas fórmulas comumente empregadas ("como vai?", "bon dia") implica em demonstrar interesse pelo bem estar alheio. Dessa forma, faz diferença saber se a atitude de não cumprimentar foi ou não proposital. É óbvio que tal "conhecimento" fundamenta-se em suposições, na avaliação pessoal e própria dos motivos íntimos da pessoa. Caso quem cumprimentou desejasse informação sobre o ocorrido, restaria o recurso de perguntar à outra pessoa o que realmente aconteceu. Nesse caso, teríamos a possibilidade de quatro modalidades reacionais:

- a) A pessoa, interrogada, não forneceria informação alguma.
- b) A pessoa invalidaria a pergunta com um comentário irrelevante, mudaria de assunto, mostraria confusão ou incompreensão, poderia alegar não saber de que o outro está falando, ou poderia "falar muito sem dizer nada".
- c) A pessoa daria a informação pedida. Nesse caso quem perguntou teria o problema de atribuir um valor de verdade à resposta obtida. Poderia dizer que não viu a outra pessoa, quando, na verdade, negou o cumprimento; poderia afirmar que deliberadamente não a cumprimentou, sendo que sua atitude não foi proposital. A situação é semelhante a de um julgamento. Para o juiz, a confissão prova a culpa, mas pode não ser verdadeira; e a negativa do réu não prova a sua inocência.
- d) A pessoa poderia alegar que não é responsável pelo ocorrido, pois "algo" alheio à sua vontade impossibilitou a comunicação. Podem ser apresentadas desculpas do tipo: "estava nervoso, ou distraído, ou preocupado", "com dor de cabeça", é o corpo que "não quer" ou "não reage", "problemas familiares".

A expressão modalidades reacionais tem a seguinte composição: modalidade significa modos de possibilidade, aspecto ou feição diferente que as coisas assumem; reacional vem de reação, ato de reagir. Reagir significa: atuar por sua vez sobre um objeto cuja ação experimentou, confrontar-se, opor-se, resistir. (52)

A observação mostra que uma pessoa sempre comunica algo a outra pessoa da qual está perto, mesmo que seja a mensagem de que ela não quer se comunicar com ninguém.

As modalidades reacionais aqui descritas permitem sintetizar, numa palavra-chave, a reação da pessoa a uma comunicação, verbal ou não-verbal.

São estas as modalidades reacionais (CRIS é o recurso mnemônico):

\* **CONCORDÂNCIA:** a pessoa demonstra desejar contato com a outra pessoa. Há vários graus possíveis, desde a simples anuência e aceitação, até o consentimento pleno, entusiasmado.

\* **REJEIÇÃO:** a pessoa deixa claro que se opõe ao contato com a outra pessoa. Há também vários graus possíveis, desde a evitação até a recusa ou negativa francas.

\* **INVALIDAÇÃO:** a pessoa: 1) não entende a comunicação e não se esforça por entender; 2) a pessoa dificulta o contato, não deseja o contato, mas se sente "obrigada" a ele. Como receia ou reluta em fornecer, por exemplo, seus dados pessoais, lança mão de recursos que anulem ou inutilizem o diálogo: interrompe abruptamente o assunto, dá respostas incoerentes ou contraditórias, mostra-se tagarela, com comentários inconvenientes ou inoportunos.

\* **SINTOMA:** a pessoa refere ou apresenta um sintoma, queixa-se, alega que algo independente de seu controle (o que a exime de responsabilidade) impossibilitou o contato: sono, cansaço, caçaléia e outras dores, embriaguez, nervosismo, inibições e traumas, incompreensão parcial ou momentânea do que foi verbalizado.

---

## 2. Conduta adaptativa: para que acontece?

À parte do significado da comunicação, e da reação obtida, existe a questão do objetivo ou finalidade da conduta, numa relação interpessoal. No caso da relação médico-paciente, cremos poder falar em ansiedade predominante e defesas ante uma situação caracteristicamente de avaliação e de exame.

Não existem dois pacientes iguais, nem dois encontros médico-paciente iguais. Cada pessoa tem uma forma própria de estabelecer contato com outras pessoas, apresenta uma forma singular de funcionamento mental que se baseia na estrutura de sua personalidade, nas primeiras relações interpessoais, e em sua vivência ulterior, o que confere um estilo próprio de comunicação.

Tal modo de estabelecer relações, embora peculiar,

não implica necessariamente em desvio da normalidade, ainda que possa se associar a algum processo mórbido. Na adolescência, notadamente, é comum vermos a alternância ou a simultaneidade destas diferentes formas de estabelecer contato com os demais, que, em última análise, derivam das maneiras próprias de ser e de estar no mundo.

Ser-no-mundo refere-se mais a um plano subjetivo, abstrato, simbólico, à nossa mente, ainda que suas ações possam ser bastante concretas; nossa dimensão no tempo nos fornece identidade (continuidade do eu) e as funções de percepção e de memória (obtenção de informação).

Estar-no-mundo pertence mais ao plano objetivo, da realidade material e concreta, refere-se ao nosso corpo, que é nossa dimensão no espaço, matéria e energia, que podemos sentir como corpo nosso, distinto dos demais, discriminado, individual.

Resumimos no quadro que se segue estas considerações:

	SER-NO-MUNDO	ESTAR-NO-MUNDO
Planos	subjetivo	objetivo
	abstrato	concreto
	simbólico	material
Dimensão	tempo	espaço
Esfera de ação principal	mente	corpo
Função	percepção	matéria
	memória	energia
	informação	ação
Característica	continuidade	discriminação eu/não eu
	identidade	individação
	"mesmidade"	manejo motor da situação

Dentre n maneiras possíveis de ser e estar-no-mundo, as pessoas recorrem preferencialmente a algumas, embora capazes de muitas outras. Isso significa que, em condições normais, as pessoas tendem a privilegiar alguns tipos de conduta, mesmo em face de mudanças ambientais, e, gradativamente, esses tipos selecionados tornam-se predominantes no seu universo de formas de pro-

cedimento. Porque isso ocorre, e quais serão os critérios de seleção?

A "escolha" feita parece possuir componentes conscientes e inconscientes, e parece também estar baseada na estrutura egóica de forma direta, sofrendo a influência de diversos fatores, intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, como aqueles determinados por suas séries complementares e pelo processo permanente de socialização. De modo que, no momento em que se exterioriza, a conduta ou maneira de ser e estar-no-mundo manifesta é uma resultante de todos estes fatores, numa constelação única para cada sujeito, e que parece, a esse sujeito, a melhor e a mais adequada à situação de momento; mesmo que, em termos médicos, se trate de um sinal ou sintoma.

Chamamos modalidades relacionais a esses padrões de interação, apresentados pela pessoa, potencialmente mutáveis, que têm finalidade adaptativa, e se baseiam em hipóteses operativas que a pessoa testa nas relações interpessoais.

Esta expressão modalidades relacionais foi introduzida na literatura psicanalítica por M. Knobel, baseado em J. Bleger e D. Fairbairn. Mais adiante, em nosso estudo, mostramos as colocações feitas por cada um destes autores e a abrangência dada a esse conceito, além de um quadro sinótico.

Considerando cada um dos termos da expressão separadamente, temos que a significação consensual de modalidade é a de modos de possibilidade, aspecto ou feição diferente que as coisas assumem. Relação vem com o significado de rol, lista, descrição, informação, conexão que se estabelece entre pessoas, coisas e fatos, analogia, certo grau de semelhança, ligação. Assim nos parece implícita ao termo a atitude de procurar estabelecer analogias entre coisas diversas, compará-las e delas extrair deduções. Modalidade deriva do latim "modus" (modo) e relacional do latim "relatio", "relacionem" (relação). (47) (52)

São referências do conceito de modalidade relacional:

a) Fairbairn (1962): designa técnicas (modos de encarar conflitos). Este autor desenvolveu uma teoria da personalidade baseada no desenvolvimento das relações objetais, ou seja, relações entre o sujeito e os diversos objetos circundantes, muitos dos quais são internalizados, determinando toda a dinâmica da personalidade. Fairbairn descreve, segundo seu ponto de vista, quatro técnicas: paranóide, obsessiva, fóbica e histérica. (45)

b) Bleger (1967): usa o termo modalidade, mas se referindo à modalidades da relação objetal, inclusas nas posições esquizo-paranóide e depressiva, e numa terceira, de sua autoria, a posição gliscrocárica. Com a designação de estruturas da conduta Bleger descreve técnicas individuais: paranóide, ansiosa, depressiva, evitativa (fóbica), ritualista, esquizóide, histérica, hipomaníaca, confusional, acessional (epiléptica) e hipocondríaca. (14)

c) Knobel (1982) na "Entrevista na Adolescência", acrescenta outras às técnicas descritas por Fairbairn, e usa a expressão modalidades relacionais para as seguintes: paranóide, obsessiva, fóbica, histérica, esquizóide, melancólica, psicopática, hipocondríaca, confusional (ambígua). (32)

d) Knobel (1984) menciona também, com o nome de modalidades relacionais, as seguintes: paranóise, obsessiva, fóbica, histérica, melancólica, psicopática, ambígua e autista. (84)

Como podemos ver no quadro sinótico, estes autores concordam somente quanto a quatro modalidades relacionais: paranóide, fóbica, obsessiva e histérica.

Descrevo neste estudo outra modalidade relacional: autista/simbiótica, e assinalo as características do predomínio de uma ou outra forma clínica. Foram inclusas dessa forma porque achamos que clinicamente são indissociáveis. Há duas referências para este ponto de vista: a) Bleger (15) comenta que, quando a simbiose é o manifesto, quer dizer, a atitude de dependência relativamente à mãe ou a outra pessoa, a forma autista se evidencia nos conteúdos latentes; e quando o autismo é o manifesto, a simbiose se evidencia em forma latente. b) Soifer (42) assinala que os pacientes apresentam, combinadas, condutas autistas e simbióticas, que, conforme o caso, apresentam-se latentes ou manifestas.

Incluo também a modalidade relacional ansiosa, estabelecendo uma diferença do que entendemos por ansiedade normal. Mesmo admitindo que os diferentes tipos de ansiedade já se acham descritos em outras modalidades relacionais, achamos que seria válida sua inclusão, uma vez que nosso conceito nela abrangeria a angústia e suas manifestações a nível corporal.

A modalidade acessional descrita por Bleger foi excluída de nossa relação final de modalidades relacionais porque consideramos que as manifestações epileptiformes, descritas nesta modalidade, pertencem, como o mesmo autor afirma em outra publicação (15) (Bleger, 1967), à posição gliscrocárica e ao núcleo aglutinado

ou ambíguo, tendo como ansiedade básica a confusional. Tal descrição integra, portanto, a modalidade confusional.

São doze as modalidades relacionais descritas neste estudo, em parte baseadas nos autores citados, mas cuja caracterização, que propomos, ultrapassa alguns conceitos incluídos em descrições anteriores. A ordem de apresentação procura reproduzir, na medida do possível, os diferentes momentos evolutivos dentro de um "continuum" do desenvolvimento humano. Este é o quadro sinótico:

FAIRBAIRN 1962	BLEGER 1967	KNOBEL 1982	KNOBEL 1984	(*) 1986
-	confusional	confusional	ambígua	confusional (ambígua)
-	-	-	autista	autista/ simbiótica
-	esquizóide	esquizóide	-	esquizóide
paranóide	paranóide	paranóide	paranóide	paranóide
-	hipomaníaca	-	-	hipomaníaca
-	-	psicopática	psicopática	psicopática
-	depressiva	melancólica	melancólica	melancólica (depressiva)
-	hipocondríaca	hipocondríaca	-	hipocondríaca
obsessiva	ritualista	obsessiva	obsessiva	obsessiva
fóbica	evitativa	fóbica	fóbica	fóbica
histérica	histérica	histérica	histérica	histérica
-	ansiosa	-	-	ansiosa
-	acessional	-	-	-

(\*) ponto de vista desta autora.

O emprego clínico do conceito de modalidades relacionais permite, segundo um referencial dinâmico, qualificar momentos do processo interacional, cuja finalidade última é a terapêutica, assim como obter respostas:

\* A relação de objeto apresentada ou pretendida pelo paciente é parcial ou total?

\* Em que situações e circunstâncias forma-se o vínculo entre médico e paciente, e que características apresenta?

\* A relação buscada pelo paciente com o médico pode ser classificada como terapêutica, construtiva e reparadora, ou existem desejos de dominar, destruir, explorar?

\* O paciente comunica de forma clara e direta, ou mascara e codifica sua mensagem? Nesse caso, para quê?

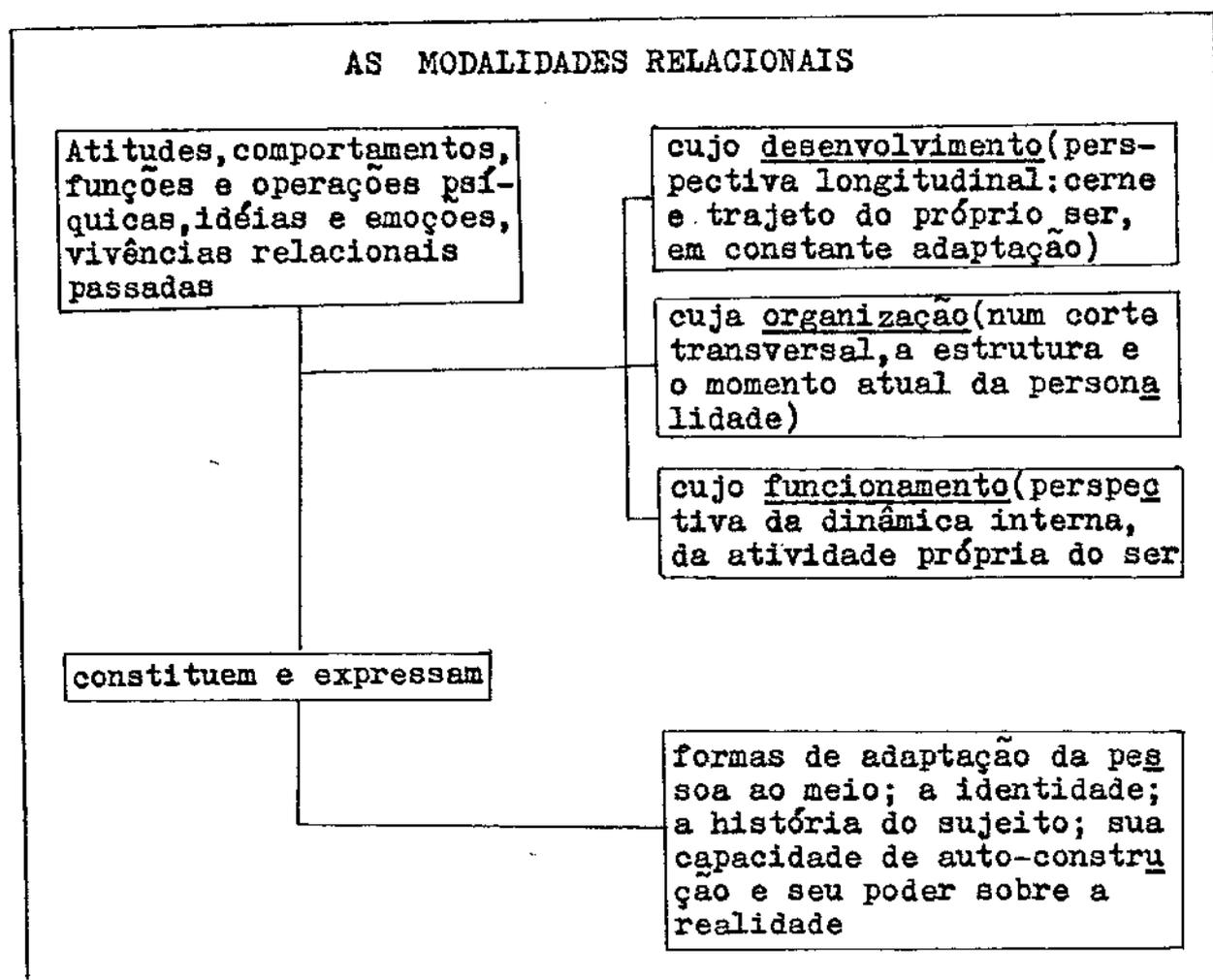
\* O médico é tratado como parte do ego do paciente

ou como uma pessoa distinta dele?

\* Qual o nível de maturidade apresentado e procurado, conscientemente ou não, pelo paciente?

\* Algo no ambiente, ou com relação à pessoa do terapeuta, justifica as atitudes, palavras e emoções manifestadas pelo paciente? Ou a origem parece ser subjetiva, fantasiada?

\* Existem competitividade, agressividade, exigências infantis?



As modalidades relacionais são demonstráveis em todos os pacientes que procuram ajuda médica, assim como em relacionamentos sociais. São particularmente expressivas e mutáveis em adolescentes, que se encontram num momento evolutivo especial, com características "sui generis", como podemos ver na Síndrome da Adolescência Normal (Knobel, 1970) (1).

Acreditamos que o manejo adequado de pacientes por meio da compreensão das modalidades relacionais que apresentam, principalmente se tratando de adolescentes, pode influir na terapia através de psicofármacos.

Acreditamos também que o paciente tenha pouca ou nenhuma consciência de sua modalidade relacional no momento em que se defronta com o médico. Se o médico se sente impelido ou pressio-

nado a agir de forma complementar às expectativas, e mesmo distorções que o paciente apresenta, então pode se estabelecer uma espécie de jogo, que não é terapêutico quando o médico não reconhece nem demonstra a existência de tentativas inadequadas de adaptação.

Além disso, o médico pode ter características que o paciente aceite (bem ou mal) em virtude de sua própria modalidade relacional, mas é conveniente que tenha consciência disto, para que o encontro de ambos seja realmente funcional, e possa trazer benefícios ao paciente. Isso pode equivaler a uma atitude flexível do médico ante a mobilização de projeções e identificações.

Estabelecer a modalidade relacional de um paciente é particularmente útil porque:

\* facilita o trabalho diagnóstico posterior. Cabe aqui uma distinção conceitual importante: modalidade relacional não é o mesmo que diagnóstico. Na arte médica o termo diagnóstico refere-se à determinação da natureza da doença por meio de diferentes métodos de exame. Ao considerar o paciente segundo sua modalidade relacional, não houve ainda exame, nem o desejo de enquadrar o paciente numa ou noutra classificação de doenças. Na verdade, o médico observa que tipo de relação ou vínculo vem a se estabelecer.

\* o médico não pensa no paciente apenas em termos de patologia, uma vez que o observa como pessoa total. Da mesma forma que pessoas sadias podem apresentar qualquer das modalidades relacionais, muitos pacientes com dificuldades no teste de realidade e perturbações ídeo-afetivas consideráveis são capazes de bom desempenho a nível de uma comunicação significativa, e uma perceptividade adequada. Estas evidências de funcionamento mental "sadio" cursando com as mais diversas patologias ocorrem com certa frequência na clínica. E achamos que, se o paciente tem percepções adequadas a nosso respeito ou sobre o ambiente, isso deve ser considerado e validado por nós.

\* faz o médico refletir sobre as suas próprias dificuldades e erros. A angústia de não-saber e a conscientização de nossas falhas e incoerências são comuns a todos nós, e nos parece importante que se tenha em mente que o médico não está sempre "certo", nem o paciente sempre "errado". Alguns fatores obstaculizam a boa relação médico-paciente: a) receio de falar abertamente sobre certos assuntos que mobilizam emocionalmente o paciente, no temor de impressioná-lo, fazê-lo agir impensadamente ou suggestioná-lo. Mas é comum que o paciente venha cheio de indagações: "que chance eu tenho?" "tenho cura?", "existe tratamento eficaz para meu problema?" e etc. b) "furor curandis", ou ânsia de curar a todo custo. c) onipotência, que pode impedir que o médico aprenda pela experiência. d) confusão

e ansiedade, por uso maciço de identificações projetivas. e) tendência a subestimar a própria capacidade do paciente em se curar.

Com frequência a relação do paciente com o médico é chamada de transferência, como se esta fosse o único componente desta relação: na verdade, o conceito de transferência não abrange a totalidade das relações médico-paciente. Há respostas adaptativas estimuladas pela atitude e comportamento do terapeuta, como também algumas respostas que são as únicas que o paciente pode demonstrar, independentemente do médico e do meio, reflexo de limitações próprias que podem ter muitas causas.

Cabe aqui outra distinção conceitual: modalidade relacional não é o mesmo que transferência. Transferir é passar de um local para outro, em sentido literal ou figurado, alguma coisa. Significa uma reedição. Ora, a transferência é por definição (90) (120) anacrônica, deslocada, estereotipada e repetitiva, não real, fantasiada, inadequada ao momento atual (embora não a situações do passado). A reencenação mescla fantasia e realidade. Na transferência o paciente reage como se o terapeuta fosse realmente outra pessoa: o que ocorre é que a repetição de vivências passadas é experimentada com uma sensação de atualidade.

Modalidades relacionais podem ser entendidas como formas especiais do paciente se apresentar ao médico, no contexto terapêutico, formas estas que têm por finalidade lidar adequadamente (segundo critérios íntimos do paciente) com as tensões e conflitos emergentes na situação presente (que pode ser experimentada como desconhecida ou incontrolável) e estabelecer uma ligação ou vínculo peculiar ao paciente, uma vez que dependem de seu estilo próprio de comunicação.

A consulta médica, em nosso modo de ver, tem duas finalidades principais: uma é diagnóstica, que orienta a terapêutica e responde à pergunta: "do que tratar o paciente?". A segunda finalidade é operativa, orienta o relacionamento entre médico e paciente, e responde à pergunta: "como tratar o paciente?". As modalidades relacionais atendem a esta segunda finalidade da consulta, tornando a interação médico-paciente conexa, por exemplo, com a prescrição e o uso de psicofármacos.

Por exemplo, podemos esperar algumas reações dos pacientes, conforme a modalidade relacional, frente à nossa prescrição, como já colocamos em trabalho anterior (121): exagerar as reações e efeitos, desejando que o médico verifique através de exame aquilo que foi relatado; chamar a atenção, exhibir-se (modalidade relacional

histérica); recusa em fazer uso da medicação (por medo, modalidade relacional fóbica; por desinteresse e idéias auto-destrutivas, modalidade relacional melancólica; por desconfiança, modalidade relacional paranóide; por falta de motivação, modalidade relacional esquizóide; apesar do aparente interesse na cura, por "sabotagem" do tratamento, na modalidade relacional hipocondríaca; por atuação, chantagem ou manipulação, modalidade relacional psicopática; por "esquecimentos" circunstanciais e atitude incoerente, na modalidade relacional confusional); além disso, o paciente detalhista, que aprecia instruções precisas e minuciosas a respeito da medicação, pode se mostrar obstinado e ritualista (modalidade relacional obsessiva). A recusa passiva em fazer uso da medicação pode ser encontrada na modalidade relacional autista, em que predomina a relação com objetos internos; na modalidade relacional simbiótica, como vimos, clinicamente associada com a autista, pode ocorrer que o paciente encarregue o médico, visto como uma parte sua, de toda a responsabilidade e controle da medicação. Na modalidade relacional hipomaníaca, além de não prestar muita atenção ao que o médico diz, o paciente se sente tão bem que pode achar "desnecessário" usar psicofármacos, a não ser que se encontre já extenuado. Na modalidade relacional ansiosa, as descargas neurovegetativas podem interferir no efeito dos medicamentos, embora o mal estar seja considerável e influencie o paciente no sentido de seguir as prescrições médicas.

Em KNOBEL (1982) vemos a idéia de que as modalidades relacionais são determinadas fundamentalmente pela instrumentação dos mecanismos de defesa e da estrutura egóica. Este autor une seus conceitos aos de FAIRBAIRN, referindo-se a uma estruturação psíquica, que resulta da estrutura do ego e da relação com os objetos, e é também de KNOBEL a idéia de que as modalidades relacionais possam ser simultâneas, sucederem-se numa mesma entrevista e ocorrer em mosaico. (82) (84) Isso significa que, apesar de classificadas separadamente, podem coexistir e mesmo se sobrepor.

Modalidades relacionais fornecem o diagnóstico do vínculo que o paciente estabelece ou deseja estabelecer com o médico, através da observação do que surge no campo dinâmico. Isso inclui a forma de começo da entrevista (cumprimentos, atitude e apresentação do paciente), o tipo de processo social que surge da interação, fantasias perceptíveis, tipo de ansiedade básica, defesa predominante, estado provável das funções egóicas, linguagem verbal e não verbal e forma de encerramento da entrevista (atitude ao final, afastamento). Em outras palavras, modalidades relacionais são

um ponto de partida para a obtenção de um conhecimento abrangente do contexto global no qual ocorrem as atitudes e comportamentos do médico e do paciente; atitudes e comportamentos esses que interferem, dentre outras, na terapia por psicofármacos; fica entendido também que, muitas vezes, tais atitudes e comportamentos que emergem na relação médico-paciente, são uma função de seus próprios efeitos.

---

M O D A L I D A D E S R E L A C I O N A I S

CRITÉRIOS DESCRITIVOS

Apresentamos os critérios descritivos das doze modalidades relacionais: confusional(ambígua), autista/simbiótica, esquizóide, paranóide, hipomaníaca, psicopática, melancólica (depressiva), hipocondríaca, obsessiva, fóbica, histérica e ansiosa. (Ver nota ao final da apresentação)

1. CONFUSIONAL (AMBÍGUA):

O termo confusional se origina do latim "confusio", "confusus", com o significado de mistura, desordem, perplexidade; caracteriza situações em que os limites estão incertos, pouco distintos, imprecisos, e em que são escassas as possibilidades de entendimento e coordenação das sensações. Com sentido análogo temos o termo ambiguidade, que se origina do latim "ambiguitas", "ambiguitatem", no sentido de imprecisão, obscuridade de sentido, indecisão e dúvida.

\* Indiscriminação entre o que é próprio e o que não pertence a si mesmo ("self"/"não-self"), entre mundo interno e mundo externo. O paciente pode agir como se não houvessem limites entre ele e o médico, incoerentemente.

\* Ambiguidade, confusão. O paciente pode se mostrar perplexo, surpreso, com medo. É mobilizada uma ansiedade maciça, com desmaios, tremores, calafrios, e que traz como defesas a dissociação e a projeção.

\* Desorientação têmporo-espacial, dificuldade com datas e horários, estranheza com relação à situação e ao local onde se encontra. "Não sei o que se passa", "que está havendo?", "onde estou?"

\* Embotamento da consciência. Obnubilação, "facies" de perplexidade, frases desconexas. Expressão facial inadaptada.

\* Distúrbios da memória e da sensopercepção; delírios oniróides, ilusões, alucinações.

\* Distúrbios motores inclusive com manifestações epileptiformes.

## 2. AUTISTA / SIMBIÓTICA:

O termo autista vem do grego "autus" com a significação de: próprio, relativo a si mesmo, movimento de afastamento do mundo exterior para dentro de si mesmo. O termo simbiose também se origina do grego "syn"(junção, com) e "biosis"(vida, viver, estado dos organismos vivos), significando associação simultânea e proveitosa para dois organismos. Nesse sentido é usado em biologia, e, metafóricamente, em psicologia.

O fato de colocarmos estes dois termos, autista e simbiótica, dentro da mesma modalidade relacional, encontra-se em nossa concordância relativamente a dois pontos: primeiro, que ambas são relações narcísicas de objeto, sendo que na simbiose o depositário é outra pessoa, e na autista é a própria mente (Eleger, 1967); segundo, na observação clínica de que, quando a simbiose é o manifesto, a forma autista aparece nos conteúdos latentes, e vice-versa, isto é, quando a forma autista é a manifesta, a simbiose aparece de forma latente. (Eleger, citado por Soifer, 1983). Assim, presumimos, como hipótese de trabalho, que lidamos com fenômenos clinicamente indissociáveis.

### Predomínio da modalidade autista:

\* Apatia, desinteresse, isolamento. Resistência a situações novas. Manifestações afetivas escassas e incoerentes.

\* Distanciamento. O paciente não dá sinal de resposta ao ser questionado, age como se fosse surdo, não olha para o rosto do médico, e, se o faz, parece estar olhando através dele. Coloca barreiras à comunicação.

\* Onipotência: parece que o paciente construiu um mundo próprio, com características diferentes das do mundo real. Mostra-se refratário a estímulos exteriores e mesmo com uma certa oposição a estes.

\* Perda de contato com a realidade. Fantasias e desejos, quando expressos, contém poucas referências ao meio ambiente e aos convencionalismos (espaço e tempo).

\* Predominância da relação com objetos internos: o paciente pode mostrar ausência de medo ante um perigo real; resiste a situações novas e às mudanças do meio.

\* Atividades motoras estereotipadas: gira o corpo, roda objetos. Além disso, indica suas necessidades por gestos.

### Predomínio da modalidade simbiótica:

\* Identificação projetiva. Um mecanismo de projeção, intenso e maciço, pode fazer com que se coloque no médico grande parte do ego do paciente. O médico então é tido como um prolongamento do paciente, uma parte integrante deste. Pode ocorrer que o médico aceite desempenhar esse papel, e então temos uma fronteira comum a duas pessoas, uma confusão entre sujeito e objeto

\* Onipotência. O paciente reduz o médico à condição de depositário, sobre o qual faz intensa projeção, atribuindo-lhe um papel compensatório.

\* Possessividade. O paciente imobiliza e controla o objeto depositário, do qual tem necessidade absoluta.

\* Dependência extrema ao objeto, que não é sentida. O vínculo simbiótico parece ser imprescindível ao paciente.

\* Comunicação a nível pré-verbal aumentada. O paciente parece esperar que o médico adivinhe o que ele quer.

\* Medo relacionado com a ameaça de rutura do vínculo simbiótico. O paciente pode referir, por exemplo, que receia olhar-se no espelho (e verificar mudanças), ou ter a sensação de que vai se desmanchar ou dissolver.

### 3. ESQUIZÓIDE:

O termo tem origem na palavra grega "skhizein", com o significado de fender, fragmentar, separar.

\* Distanciamento. O paciente aparenta estar afastado da realidade, retraído, voltado para si mesmo, com vivências oniróides.

\* Isolamento. Parece que o paciente também evita as pessoas, dá mostras de comunicação forçada e deficiente, desinteresse.

\* Frieza afetiva, indiferença, insociabilidade. Valoriza as relações interpessoais também "frias" afetivamente, intelectualizadas, em que são frequentes as racionalizações.

\* Impenetrabilidade, obstinação passiva, apatia.

\* Negligência quanto à aparência pessoal e indiferença quanto à impressão que causa nos outros.

\* Trivialidade, futilidade, emotividade inadequada, imatura. Perguntas e ações fora de propósito.

#### 4. PARANÓIDE:

O termo grego de composição "para" traz implícita a idéia de defeito, transgressão, proximidade, semelhança, estado mórbido e forma viciosa.

\* Projeção intensa. Caracteristicamente o paciente refere, no mundo externo, objetos maus e persecutórios que o ameaçam.

\* Observação intensificada: o paciente se mostra desconfiado, cheio de suspeitas, duvida do médico, pergunta dos motivos da conduta terapêutica, cita erros médicos, quer saber o que o médico faz, porque faz, para que faz, etc.

\* Hipersensibilidade a críticas, ante a conduta dos demais, tem idéias de perseguição, acredita ser vítima de um complô, todos o vigiam, falam mal dele, querem prejudicá-lo.

\* Atribui significados profundos ou ocultos a conversas e fatos triviais, recentes ou passados. Interpretações afetivas distorcem os fatos reais passados, e a percepção presente também sofre distorções.

\* Desejos homossexuais inconscientes são frequentes. A perseguição de que o paciente se acredita vítima mascara a tentação homossexual, sentida como ameaçadora e não sujeita ao controle da vontade.

\* Humor irritável, demonstra estar pouco à vontade, argumentativo, cria discussões. Mau humor, irascibilidade.

#### 5. HIPOMANÍACA:

Termo composto, a partir do grego "hypo" (diminuir, grau inferior, abaixo) e do grego "mania" (espécie de alienação mental). A hipomania se refere a uma forma branda de mania, tal como é descrita em psiquiatria dinâmica.

\* Grande aumento da auto-estima. O paciente mostra-se exaltado, jovial, eufórico, otimista, entusiasmado, extravagante no falar e no vestir, refere uma sensação de "liberdade" e

sente-se capaz de "resolver tudo", enfrentar qualquer situação.

\* Sentimentos de triunfo e onipotência sobre os objetos, "inflação", segurança.

\* Hipergenitalidade sem muitas preocupações de ordem moral ou afetiva. É comum achar que não é suscetível a doenças sexualmente transmissíveis, e que não corre o risco de ter filhos, mesmo que não tome nenhuma medida de contracepção.

\* Avidez por objetos novos, porque está à procura de descarga. Há uma profusão de impulsos, quase todos de índole oral. O paciente deseja livrar-se dos impulsos e faz isso sem culpa, aparentando muita facilidade.

\* Não fixa a atenção, distraíndo-se com frequência e passando de um assunto para outro. Tem muitas idéias, atividades em várias direções ao mesmo tempo, loquaz e tagarela. Ritmo rápido de aproximação e afastamento, usado para controlar o objeto.

\* Aceleração psicomotora: não parece fatigar-se, tem insônia. A insônia é habitual e costuma ser o sintoma que motiva sua ida ao médico. Se a aceleração psicomotora e a insônia persistem, a pessoa pode chegar à exaustão.

## 6. PSICOPÁTICA:

O termo é composto por duas palavras de origem grega, "psykhe" (mente) e "pathos" (enfermidade), e designa, genericamente, doença mental. Hoje em dia, em psiquiatria dinâmica, o termo possui um sentido mais estrito, relacionando-se com distúrbio do comportamento (irresponsável, agressivo).

\* Atuações frequentes. O paciente parece agir ao invés de pensar. "Atua e faz atuar"(\*)

\* Manipulação ou tentativas de manipulação em seu relacionamento com o médico. O paciente procura exercer domínio sobre a situação, utilizando sua intuição sobre "pontos fracos" do outro.

\* Busca de prazeres imediatos. Aparentemente não faz considerações de caráter moral, tem baixo senso de responsabi-

---

(\*) Expressão empregada por Knobel (82) com grande poder de síntese.

lidade, mostra-se incapaz de aprender da experiência, mesmo se houver punições. (Na verdade, se é certo que essas pessoas têm uma sensação insuportável de culpa, é lógico supor que busquem ser aliviadas através do castigo).

\* Faz uso de racionalizações, e se convence de que suas ações são justas, ex: "Se não posso ter isso, isso é mau, então vou destruir o mal".

\* Exige muito e dá muito pouco em troca; não aceita as limitações da realidade; é incapaz de empatia.

\* Antecedentes delinquenciais, mentiras, furtos, fugas, sexualidade patológica são comuns. O paciente não é confiável, apesar da aparência muitas vezes inocente.

#### 7. MELANCÓLICA (DEPRESSIVA):

O termo vem do grego "melankholia" (bília negra), no sentido original indicando transtorno mental, acompanhado de tristeza e apreensões. A palavra depressão vem do latim "depressio" "depressionem", com o significado de deprimir, enfraquecer, rebaiamento de nível em função de peso ou pressão, achatamento, diminuição. Não é usado aqui de forma similar à de Melanie Klein(4) na descrição de sua posição depressiva.

\* O paciente age como se sentisse muita culpa e necessidade de expição.

\* Auto-censura. Pessimistas, fazem uma idéia negativa de si mesmos: "eu não presto", "ninguém me ama", "eu me odeio", "não mereço nada de bom" e etc.

\* Humor deprimido, tristeza, lentificação psicomotora, desinteresse, fadiga, dificuldade de concentração, desespero

\* Auto-estima está na dependência de objetos externos ao indivíduo: é intensa a vontade de ser amado. O ódio está oculto, ocorrendo formação reativa contra a agressão e a hostilidade: muitas vezes o paciente, na aparência tão manso e submisso, consegue dominar todo seu ambiente.

\* Idéias autodestrutivas e suicidas acompanham algumas vezes a auto-reprovação. Surge uma "sensação de fim de mundo", o paciente se descreve como mau, inadequado, indigno de viver.

\* Escolha objetal de tipo narcísico. Como nenhum objeto pode dar a satisfação necessária, muda com frequência de objeto. A introjeção do objeto (amado-odiado) pode ter a finalidade de anular sua perda, e portanto a culpa, e de realizar com ele uma união mística.

### 8. HIPOCONDRIACA:

A palavra vem do grego "hypokhondrion", num sentido original significando parte lateral do abdômen, sob as falsas costelas, e em psiquiatria dinâmica um transtorno emocional que cursa com muitas queixas físicas.

\* O paciente acha que está muito doente, e procura convencer o médico também. A julgar por suas queixas, o médico pode achar que realmente existe um comprometimento orgânico, solicitar repetidamente exames ou mesmo intervir terapêuticamente (na ausência de doença), incorrendo em atitude iatrogênica.

\* Mesmo sensações normais (cinestésicas, proprioceptivas) podem ser motivo de preocupação para o paciente, que, observando continuamente o funcionamento de seus órgãos e sistemas, tende a exagerá-lo. Um exemplo: a fadiga.

\* O paciente procura demonstrar o quanto o incomodam dores e sensações corporais. Pode existir um órgão-alvo que polarize as queixas.

\* Há preocupação exagerada com seu estado de saúde e condições físicas internas, e as queixas mais frequentes incluem o coração, o cérebro e órgãos abdominais (fígado, estômago).

\* O motivo da consulta geralmente é vago, fantasiado e mesmo delirante. Fala em mal estar, em indisposição geral, mostra ansiedade, por antecipação, de alguma doença incurável que possa vir a ter um dia.

\* Em alguns pacientes resulta fácil observar que existem, simultaneamente, o desejo e o temor de estar realmente doente. Talvez tal circunstância explique porque o paciente tende a não seguir as prescrições e recomendações médicas corretamente, mostrando-se inoportuno com suas queixas, de um lado, e, de outro, inacessível à atitude de tranquilização por parte do médico.

## 9. OBSESSIVA:

O termo vem do latim "obsessio", "obsessionem", com o significado original de preocupação constante, idéia fixa e importuna.

\* O paciente refere idéias e pensamentos que se repetem à sua revelia, que o incomodam, e uma vontade irresistível de repetir certos atos, que o próprio paciente reconhece como "anormais" ou "sem razão de ser".

\* O comportamento frente ao médico pode incluir alguma variedade de ritual. A tentativa é a de controlar a relação terapêutica. O paciente traz de casa, ou então realiza durante a entrevista, relatos minuciosos, com muitos detalhes.

\* As idéias, sentimentos e atitudes que se repetem, mesmo sem a vontade do paciente, são tidos por ele como contrários à sua consciência moral, estereotipados, sem sentido. Ex: "empurrar alguém nos trilhos do metrô", "andar nu", "atacar alguém sexualmente", e etc, ou dúvidas normais que se intensificam além do esperado: "será que tranquei bem a porta, ou a janela?"

\* O paciente pode se mostrar teimoso, obstinado, com dúvidas intermináveis, dado à "ruminações" mentais. As dúvidas beiram à irracionalidade, seja pela repetição ("Será que tranquei o carro?", "Apaguei a luz?") seja pelo conteúdo ("Será que pode sair uma cobra do vaso sanitário?").

\* Mostra-se exigente, formal, metódico, rígido, perfeccionista. Aprecia instruções precisas e pormenorizadas, e pode apresentar uma obediência literal.

\* Tende a crer que um ato ou pensamento poderá vir a anular um ato ou pensamento contrários, ex: se pensar em algo "mau" terá que pensar em algo "bom" para que nada aconteça.

## 10. FÓBICA:

A palavra deriva de "phobos", "phobein", termo de composição que exprime a idéia de medo.

\* O paciente sente medo, injustificado, não racional (ou o perigo realmente não existe ou é desproporcional ao medo apresentado).

\* O paciente mantém distância do médico, mostra-

se esquivo, fornece pouca informação.

\* Conduta evitativa com relação a depositários. Isso ocorre porque a repressão de impulsos sexuais e agressivos separa o afeto de sua representação, e ocorre deslocamento. Os depositários, isto é, objetos de que o paciente irá referir medo, podem ser pessoas, animais, coisas, situações.

\* O objetivo do paciente é exercer certo controle sobre seu medo, uma vez que pode reduzi-lo apenas se afastando do depositário (objeto fóbico).

\* A inquietação e o medo são provocadas sempre por circunstâncias específicas, conscientes para o paciente.

\* Em vez de medo, o paciente pode manifestar aversão, e mesmo atitudes contrafóbicas: nesse caso, refere gostar de atividades perigosas e situações que causariam medo (ou aversão) em pessoas normais. Esta é a instrumentalização do conflito, persistente e regressiva, entre fugir e retornar ao objeto.

## 11. HISTÉRICA:

A palavra deriva do grego "hystera", que significa útero. Antigamente era usada para designar transtorno nervoso em mulheres, caracterizado por desmaios e convulsões; dizia-se que eram caprichosas e desequilibradas, e se acreditava que lhes subisse um "bolo" do útero à orofaringe. Naturalmente, o termo hoje possui outra acepção, designando problemas mentais em que os sintomas físicos desempenham função psicológica para o paciente, e sinais físicos estão ausentes.

\* A palavra-chave é a teatralidade, o paciente representa, se oferece em espetáculo, atua cenas de sua imaginação

\* A relação com o mundo externo parece muito fácil: o paciente superestima os objetos e tende a substituir o princípio da realidade pelo princípio do prazer, pela fantasia.

\* O paciente dramatiza, simula, adota um papel. O papel oculta o paciente e não permite que se veja sua imaturidade e sexualidade perturbada e insatisfeita.

\* O paciente se torna, através de sua representação, vaidoso, auto-indulgente, sugestionável, mitômano. Há plasticidade, uma vez que a identidade pessoal não está bem estabelecida.

\* Pode o paciente referir "crises de nervos", sintomas de conversão, de caráter variável, superficial.

\* O paciente se mostra cooperativo, busca contato direto com o terapeuta. Há a possibilidade de comportamento sedutor e exibicionista, ou de tentativas de "sexualizar" a relação médico-paciente.

## 12. ANSIOSA:

Esta não é uma caracterização da ansiedade enquanto manifestação normal do ser humano, que serve de alerta quando uma ameaça compromete o equilíbrio. A modalidade relacional ansiosa inclui sintomas de ansiedade e de angústia, definidas como:

a) Ansiedade: vem do latim "anxietas", "anxietatem". Incerteza aflitiva e receio de que aconteça algo ameaçador à sobrevivência ou à integridade do ego. Tal receio pode ser infundado.

b) Angústia: vem do latim, "angustia", em sentido original significando aperto, estreiteza, redução de espaço. É a expressão da ansiedade a nível corporal.

\* Inquietação motora: aflição, hesitação, embaraço, atividades deslocadas (movimentos aparentemente sem outro significado que não seja o de descarga muscular)

\* Ocorrem descargas vegetativas de emergência, numa reação que já foi descrita como de luta ou fuga. Ocorre hiperventilação e a volemia é redistribuída, criando condições para que uma maior quantidade de oxigênio e glicose alcance o sistema nervoso central (privilegiando raciocínio rápido e reflexos) e os músculos estriados esqueléticos (favorecendo sua utilização para uma ação violenta). Com estes mecanismos, o corpo está pronto para enfrentar o perigo. Mas se não existe perigo real, entram a seguir em ação mecanismos de compensação neurovegetativos, antagonizando as modificações anteriores.

\* O paciente pode referir como sintomas as consequências da descarga vegetativa e sua posterior antagonização. São frequentes queixas de distúrbios visuais, alterações do diâmetro das pupilas, vertigens, atordoamento, arrepios, tremores, sensação de sufocamento, de aperto torácico, interrupção da digestão de alimentos, náuseas, diarreia, "bolo" esofágico e outros espasmos viscerais, dores precordiais, cefaléia, rubor facial e fenômenos relacionados.

\* Podem também ocorrer reações emocionais desproporcionais aos estímulos que as causaram; o paciente pode começar a "rir nervosamente", chorar "sem motivo", "irritar-se por nada" e assim por diante.

\* Paciente pode referir também um estado de desorganização e descontrole internos, sentido como ameaçador, e podendo evoluir para um estado de pavor ou pânico. Sente-se em desamparo, frágil, tem a sensação de morte próxima. A tensão interna é vivida como incontrolável.

\* É comum que o paciente diga que despertou em plena madrugada, ou que teve dificuldade em conciliar o sono, teve pesadelos, o sono não foi repousante. Também são comuns distúrbios de apetite e de função sexual. Ao que parece, tais sintomas fazem parte do bloqueio que se estabelece a nível inconsciente: "não quero me envolver com isso", "não quero sentir nada". É como se a pessoa dissesse "não" com o corpo.

---

Referências: (4), (7), (16), (41), (47), (50), (52), (73), (87), (115), (120), (122), (142). A referência mais importante, e na qual estão baseados a maioria destes critérios, é Fenichel(50).

---

(*) (**)	Concordância: desejo de contato	Rejeição: contato negado	Invalidação: contato dificultado	Sintoma: que dificulta/impossibilita contato
Confusional (ambíguo)	pode haver	pode haver	incoerência, perplexidade, obnubilção da consciência, confusão	pode haver
Autista	muito raramente	desinteresse, não responde, voltado para si mesmo	é comum	"surdez"
Simbólica	busca de depositário, dependência	pode haver	pode haver, por ex: indiscriminação	pode haver
Esquízide	muito raramente	distância, isolamento e frieza afetiva	é frequente	pode haver
Paranóide	não é frequente	por idéias de perseguição e medo	por desconfiança	pode referir ameaças e perseguições
Hipomaníaca	avidez por contatos novos, para descarga de impulsos	muito raramente	desatento, distraído "sabe tudo"	insônia (que leva à exaustão)
Psicopática	manipulações e tentativas de controle	se o contato não interessa à manipulação ou ao controle	muitas exigências, egocentrismo acen-tuado	"coisifica" as pessoas
Melancólica (depressiva)	apenas pela provisão externa de afetos	recusa de contato, isolamento	por sentimentos de culpa, desvalia	idéias autodestrutivas negativas
Hipocôndriaca	aparentemente procura quem possa ajudar	pode haver	costuma não seguir as recomendações	políquexoso, preocupado com o corpo
Obsessiva	ritualizações, desejo de controlar	pode ser obstinado na negativa	ambivalência, dúvidas constantes	detalhistas, repetições frequentes
Fóbica	aproximação cautelosa	evitação, mantém distância, mostra medo	por deslocamento, irrazoabilidade	medo, aversão, ou atitude contrafóbica
Histérica	busca de contato, teatralidade, é sugestivo nável e sedutor	raramente	inconsistência (a máscara esconde o personagem)	conversão somática mentira
Ansiosa	pede ajuda, mostra-se inquieto	pode haver, quando há crises	aflição intensa, hesitação, dificilmente é tranquilizado	atividades deslocadas, descargas do sistema nervoso autônomo

(\*)modalidades reacionais

(\*\*)modalidades relacionais (eixo vertical)

Neste quadro sinótico correlacionamos as modalidades relacionais com as modalidades reacionais.

Frente a esta correlação, temos as seguintes observações:

1. Na modalidade relacional confusional (ambígua), o contato é dificultado pela incoerência, ambiguidade, obnubilação da consciência. O paciente pode referir confusão, desorientação.
2. Na modalidade relacional autista o paciente rejeita contato, e apresenta sintoma que impossibilita contato (por exemplo, "surdez"). Na modalidade relacional simbiótica há busca de contato (de um depositário) e a invalidação corre por conta da indiscriminação (eu-não-eu), da onipotência e da possessividade.
3. Na modalidade relacional esquizóide o contato é negado através do isolamento, do distanciamento, da frieza aparente, da dissociação ídeo-afetiva. É frequente a invalidação do contato (alheamento).
4. Na modalidade relacional paranóide a rejeição do contato e sua invalidação podem ocorrer por idéias de perseguição e de desconfiança. O paciente pode referir ameaças, sensação de que o vigiam ou perseguem, medo de um complô contra ele.
5. Na modalidade relacional hipomaniaca o paciente parece procurar contato para descarregar impulsos; pode apresentar sintoma (insônia, exaustão), e invalidar o contato pela desatenção, distração e aceleração psicomotora.
6. Na modalidade relacional psicopática ocorre a busca de contatos onde as manipulações sejam possíveis, apresenta sintomas (usa as pessoas, trata-as como coisas) e dificulta o contato (invalidação) porque faz muitas exigências, atua constantemente em proveito próprio, sem considerações de ordem moral. Associa-se muitas vezes com pessoas histéricas, conforme Knobel ( ) observa.
7. Na modalidade relacional melancólica (depressiva), o desejo de contato visa somente a provisão externa de afetos. Ocorre isolamento, rejeição de contato, negativismo, idéias ou atitudes autodestrutivas, sentimento de culpa, autodesvalorização (o que invalida o contato).
8. Na modalidade relacional hipocondríaca, o paciente aparentemente busca ajuda (contato), mas costuma não seguir as recomendações

que lhe são feitas (invalidação); apresenta muitos sintomas (poli-queixoso, preocupação com o próprio corpo) com características recorrentes, refratários à terapia. É comum haver história de consulta a vários profissionais, e insucessos terapêuticos.

9. Na modalidade relacional obsessiva o desejo de contato se acompanha do desejo de exercer controle sobre o objeto, e de ritualizações. A invalidação corre por conta da ambivalência, isolamento, dúvidas constantes que o paciente fica "remoendo". Detalhista, repetitivo, pode trazer suas queixas por escrito, numa lista.

10. Na modalidade relacional fóbica o paciente faz uma aproximação cautelosa. A conduta mais aparente é a de evitação, mantendo distância. Há sintoma (medo/aversão/atitude contrafóbica) que surge por deslocamento e que parece ilógico, desproporcional.

11. Na modalidade relacional histérica o paciente busca contato, mostra-se sedutor, apresenta sintoma (por exemplo, conversão). Age como se usasse uma máscara, teatralizando, simulando (invalidando). Mostra-se sugestível.

12. Na modalidade relacional ansiosa o paciente procura contato (tranquilização, ajuda), mas é difícil de ser tranquilizado. Apresenta alterações do sistema nervoso autônomo (reações do tipo luta-ou-fuga), inquietação motora, medo. Por vivenciar tais alterações como incontroláveis, pode invalidar o contato.

#### QUADRO-RESUMO:

Confusional (ambígua):			I	S
Autista:		R		S
Simbiótica:	C		I	
Esquizóide:		R	I	
Paranóide:		R	I	
Hipomaníaca:	C		I	
Psicopática:	C		I	
Melancólica (depres.)		R	I	
Hipocondríaca:			I	S
Obsessiva:	C		I	
Fóbica:		R		S
Histérica:	C		I	
Ansiosa:	C		I	

Legenda: C: contato desejado; concordância.  
 R: rejeição do contato  
 I: invalidação; contato dificultado.  
 S: sintoma, que dificulta/impossibilita contato

A PESQUISA COM 31 PACIENTES ADOLESCENTES: DADOS GERAIS E  
RESPOSTAS OBTIDAS

1ª PARTE:

PERFIL DOS PACIENTES ENTREVISTADOS: DADOS COLETADOS

## Distribuição por sexo:

Pacientes entrevistados	Número
Homens	15
Mulheres	16

## Tipo de encaminhamento:

Iniciativa própria (demanda espontânea)	13 pacientes
Trazidos por familiares	07 pacientes
Instituições de saúde ambulatoriais, hospitais	04 pacientes
Profissionais da área de saúde/serviço social	02 pacientes
Instituições educacio- nais (escolas)	03 pacientes
Entidades religiosas (igrejas, templos)	02 pacientes

## Procedência:

Campinas	28 pacientes
Interior (zona rural) do Paraná	02 pacientes
Interior de Minas Gerais	01 paciente

## Migração:

Pacientes que não migra- ram de sua cidade natal	18 pacientes
Pacientes que migraram de cidade ou estado	13 pacientes

## Informante:

O próprio paciente	19 fichas
Paciente e sua mãe	09 fichas
Paciente e seus pais	02 fichas
Paciente e seu pai	01 ficha

## Acompanhante:

Paciente veio só	19 fichas
Acompanhado pela mãe	09 fichas
Acompanhado pelos pais	02 fichas
Acompanhado pelo pai	01 ficha

## Religião: (\*)

Católica	14 pacientes
Protestante	
Grente	03 pacientes
Protestante, sem especificação	02 pacientes
Adventista 7º dia	01 paciente
Igreja Quadrangular	01 paciente
Presbiteriana	01 paciente
Espírita, espiritualista	02 pacientes
Diz-se fundador de uma nova religião	01 paciente
Disseram não ter religião	06 pacientes

(\*) Observação de sincretismo religioso; um paciente católico declarou-se espírita também, e outro, igualmente católico, afirmou frequentar cartomantes, videntes e terreiros de macumba. Em outros paciente; pudemos notar pouca convicção quando declaravam suas crenças.

## Cor da pele:

Branca	18 pacientes
Preta	00 pacientes
Tons intermediários (pele parda)	13 pacientes

## Estado civil:

Casados (e morando como casados)	05 pacientes do sexo feminino
Solteiros	12 pacientes do sexo feminino
	14 pacientes do sexo masculino

## Idades:

19 anos	10 pacientes
17 anos	06 pacientes
13 anos	03 pacientes
16 anos	03 pacientes
18 anos	03 pacientes
14 anos	02 pacientes
15 anos	02 pacientes
12 anos	01 paciente
10 anos	01 paciente

## Condições de Habitação e Moradia:

Casa de alvenaria:	26 pacientes
Casa de alvenaria, sem reboco, em rua descalça	03 pacientes
Casa de taipa/cimento	01 paciente
Sem informação	01 paciente

Casa própria da família	11 pacientes
Casa alugada	06 pacientes
Casa cedida, sem aluguel	01 paciente
Sem informação	13 pacientes

Mora com pais e irmãos	11 pacientes
Mora só com a mãe	03 pacientes
Mora no emprego	03 pacientes
Mora com marido e filho	03 pacientes
Mora só com os pais	02 pacientes
Mora com mãe e irmãos	02 pacientes
Mora em pensão ou república de estudantes	02 pacientes
Mora com marido ou com um companheiro	02 pacientes
Mora com pai e irmãos	01 paciente
Mora com a mãe, padrasto e irmãos	01 paciente
Mora com a mãe e padrasto	01 paciente
Mora com a mãe e a avó	01 paciente

## Renda familiar: (\*)

De um a quatro salários-mínimos:	12 pacientes
De cinco a oito salários-mínimos	08 pacientes
De nove a doze salários-mínimos	04 pacientes
Vinte salários-mínimos	01 paciente
Não souberam informar	06 pacientes

(\*) muitos pacientes fizeram uma estimativa dos ganhos dos pais e irmãos, e demais familiares.

## Posição na ordem de nascimento:

Primeiro filho	08 pacientes
Filho único	06 pacientes
Filho caçula	06 pacientes
Terceiro filho	05 pacientes
Segundo filho	03 pacientes
Quarto filho	02 pacientes
Sétimo filho	01 paciente

## Ocupação dos pacientes:

Sem ocupação remunerada	12 pacientes
Do lar	03 pacientes
Funcionário público	02 pacientes
Atividades religiosas	02 pacientes
Artesanato	02 pacientes
Auxiliar de escritório	01 paciente
Vendedor	01 paciente
"Office-boy"	01 paciente
Babá	01 paciente
Doméstica	01 paciente
Balconista	01 paciente
Faxineira	01 paciente
Bancária	01 paciente
Professora particular	01 paciente
Auxiliar de pedreiro	01 paciente

## Escolaridade dos pacientes:

Primeiro grau incompleto	16 pacientes
Segundo grau incompleto	09 pacientes
Terceiro grau incompleto	03 pacientes
Primeiro grau completo	02 pacientes
Segundo grau completo	01 paciente

## Ocupação dos pais dos pacientes:

Pais	Nº	Mães	Nº
Aposentado	07	Do lar	22
Ocupação desconhecida	07	Doméstica	03
Fazendeiro	02	Professora	02
Sitiente	02	Comerciante	01
Funcionário Público	02	Costureira	01
Hoteleiro	01	Funcionária pública	01
Mecânico	01	Ocupação desconhecida	01
Ferrovário	01		
Pequeno produtor rural	01		
Comerciante	01		
Oficial de cartório	01		
Mestre de obras	01		
Gerente de farmácia	01		
Professor	01		
Advogado	01		
Militar	01		

## Escolaridade dos pais dos pacientes:

Pais	Nº	Mães	Nº
Sabe ler e escrever	07	Primeiro grau incompleto	10
Segundo grau completo	06	Segundo grau completo	09
Escolaridade desconhecida	06	Primeiro grau completo	05
Primeiro grau completo	05	Segundo grau incompleto	02
Primeiro grau incompleto	03	Sabe ler e escrever	02
Analfabeto	03	Escolaridade desconhecida	01
Terceiro grau completo	01	Terceiro grau incompleto	01
		Terceiro grau completo	01

Síntese dos eventos marcantes na história clínica dos trinta e um pacientes (da gestação à adolescência):

Nº	Gestação	Parto	Ao nascer	Alimentação	D.N.P.M. (*)	Infância	Adolescência
01	N(**).0 pai dese- java <sup>o</sup> 9	N	N	N, mamou 2 m no peito	N	No 1º ano foi a- fastada da mãe do ente. Furtos.	Dois abortos. Mentiras. Furtos frequentes.
02	N (moltvou casamento dos pais)	N, com cir- cular de cordão	arroxeada, chorou lo- go	N	andou c/18 m	Não se separava da mãe, a seguiu	Um surto psicótico, uso de medicação psiquiá- trica
03	N	cócorras	N	N, mamou 3 m no peito	sem informação	Tomboe, onicofagia	Repetiu ano duas vezes Atritos com pai.
04	não dese- jada	"difficil"	arroxeado, chorou.	N, mamou 2 m no peito	sem informação	Agressividade, con- tatos homossex.	Bom desempenho escolar Atividade homossexual
05	"difficil"	mãe passou mal, parto demorado	não sabe in- formar	não sabe in- formar	sem informação	Desmaios. Tratamen- to neurológico	Medo de deixar a sala após as aulas (esperava os colegas saírem)
06	desejada	N	pés tortos (gessou-os)	N	sem informação	resfriados cons- tantes, pneumonias	dores de dente; bom desem- penho na escola; ativida- de homossexual
07	N	N	não sabe in- formar	não sabe in- formar, acha N	sem informação	acha que foi N	psoríase
08	N, a mãe teve "ale- gia" ao marido	conflicto c/sogra, o parto demorou	roxa, não cho- rou, precisou ajuda médica	N, mamou até nascerem os dentes	com 20 m parou de andar e só re- começou c/3 anos	encoprese até 3 a enurese até 4 a	mudanças constantes de emprego. Tentativas de sui- cídio
09	N	N	não sabe	acha que foi normal	N	caiu de cabeça" com 1 ano: anên- cias, convulsões	cefaléia, vertigens, con- fusão, esquecimentos
10	N	N "de car- go"	magra e mul- to pequena	mamou até 4m no peito. Re- cusa de ali- mentação	N	aos 9 a foi entre- gue pela mãe à fã- mília "adotiva" p/ trabalhar	atividade sexual desde 11 a, drogas, mudanças de emprego constantes, tres surto psicóticos
11	N	N	não sabe	não sabe	acha que foi N	"tudo normal"	anorexia
12	não sabe informar	não sabe informar	não sabe in- formar	oposição à mãe	N	acha que foi N	casou-se grávida c/15 a

## Síntese dos eventos marcantes na história clínica dos pacientes (cont.)

Nº	Gestação	Parto	Ao nascer	Alimentação	D.N.P.M. (*)	Infância	Adolescência
13	N	N	2.800 g, chg rou logo	"enjoado" p/ comer. Mãe não teve leite	Lento	Infecções repêti- das, desnutrição	cefaléia resistente. Nutri- tos exames, todos sem al- terações físicas
14	N	N	"bebê calmo"	tinha que ser acordado para mamar	precocce, bom desempenho ma- tor em esporte	Pais em crise con- jugal e financeira	abuso de drogas e álcool
15	N, com dif. econômicas	N	N	não mamou no peito; alimen- tação normal	N	tombos de bicicle- ta; não teve brin- quedos que quis. hipercinesia	mãe trabalha fora, ele fi- ca c/ a avó e foge. Estu- prado pelo amante da mãe mau desempenho escolar.
16	N	N	N	N	N	"época muito boa"	após um "sussto" dado pelo pai, surgem sintomas (tosse e sufocação)
17	N	N	N	N	N	Infância pobre em área rural	artessão, acredita que tem uma missão religiosa
18	não sabe informar	não sabe informar	não sabe informar	não sabe informar	não sabe informar	jogos sexuais abuso sexual	abuso sexual atividade sexual proble- mática
19	N, difícil- dades eco- nômicas	N	Não sabe informar	não sabe informar	acha que tudo foi N	deixado com os a- vós, dormia no mes- mo quarto que eles (até os 13 a)	dificuldade de tomar deci- sões. O pai faz frequente- mente acusação de homosse- xualismo
20	tumultua- da, vômito, briga com pai alcoó- latra	pélvico, "di- fícil"	roxo, acharam que morreria	mamava dormin- do e vomitava depois	enurrese notur- na	houve dois abortos depois que nasceu. Abuso sexual	pais brigam muito. Conta- to homossexual com outro adolescente, seu amigo.
21	mãe muito nervosa	difícil, ti- rado com "ferros"	prematureo, 8 meses	"Grevas de fome" irritan- do os pais	sem informação	mãe faleceu quando tinha 2 anos. Perda do pai e da avó	atividade sexual intensa sem parceiro constante. cefaléia
22	não sabe informar	não sabe informar	não sabe informar	não sabe informar	não sabe informar	"boa filha e boa aluna". Onicofagia, fobia de insetos	fenômenos alérgicos; rela- ções sexuais com o namo- rado
23	N	N	N	N, mamou no peito até 6m	N		

## Síntese dos eventos marcantes na história clínica dos pacientes: (cont.)

Nº	Gestação	Parto	Ao nascer	Alimentação	D.N.P.M. (*)	Infância	Adolescência
24	N	prolonga- do	"muito miúda"	mamou 8 dias "leite secou"	N, controle es- fincteriano rígido: 2 a	hepatite	brigas com a mãe. Promis- cuidade sexual. 1 aborto
25	N	N	não sabe informar	não sabe informar	N	A mãe "não queria ter trabalho" e a deixou c/babá	boa desempenho escolar artesinato, trabalhos ma- nuais. Um aborto.
26	N	N	N, "muito ca- beluda"	N, mamou 2 m no peito	N	"tudo bem"	vergonha de pedir dinheiro aos pais. Sexualidade "pervertida", culpa.
27	mãe nervo- sa, pai al- coólatra	N, mas com hemorragia infecção pós-parto	N	N, mamou até 6 m no peito	N	multos tombos enurrese	casou grávida c/15 anos frígidez
28	N	pélvico, demorado	N	N, mamou 2 m no peito	N	multo pobre Para a mãe, era a "pior das filhas"	casou-se grávida de ou- tro rapaz, mentindo ao marido. Depressão.
29	N	N, porém demorado	N	N	história de desmatos	infecção renal morte do pai, na pu- berdade	desmatos, ausências. Casou-se adolescente.
30	atribuição oculta até 6ºm	N, e demo- rado	N	N, mamou 1 a. no peito	N	asma, pesadelos, ten- tativa suicídio, de- pressão, fugas	morte dos "avós", afas- tamento da mãe.
31	inespe- rada, con- trariada des, uso calmantes, mãe que- ria uma menina	N	roxo, chorou logo, placen- ta acreta, pés defeitu- osos congê- nitamente.	sem informa- ções	lento enurrese até 10 anos	multos tombos resfriados constan- tes com complica- ções algumas vezes	asma, ciúmes do irmão, operação de fimose, his- tória de pesadelos fre- quentes e de terror no- turno. Preferência por brinquedos e jogos agre- sivos (armas).

(\*) D.N.P.M. = Desenvolvimento Neuro-psícomotor

(\*\*) N. = Significa normal

## Queixa principal:

Nº	Queixa
01	os pais se queixam de mentiras e roubos da paciente
02	a paciente quer melhorar do nervoso, dos tremores
03	a mãe o forçou a vir (rompimento amoroso e depressão)
04	a mãe obrigou para sarar da pouca vergonha
05	a professora o encaminhou (medo, conduta paranóide)
06	o pai descobriu que manteve relações homossexuais
07	encaminhada pela Dermatologia (psoríase)
08	tentativa de suicídio engolindo comprimidos
09	não se sente bem, traz queixas físicas
10	não sabe bem porque veio, está angustiada e confusa
11	preocupação com atividade sexual, fantasiada como violenta
12	precisa tomar uma decisão importante a nível afetivo
13	cefaléia persistente (com exames normais)
14	abuso de álcool
15	o menino foi vítima de estupro
16	a mãe e os professores não o suportam (indisciplina)
17	tosse, falta de ar, sufocação
18	o pastor duvidou de sua saúde mental
19	sente-se muito angustiada, perdida
20	está atraído sexualmente por um amigo
21	sente-se mal e não consegue dormir
22	cefaléia tipo enxaqueca
23	os pais descobriram que ela não era mais virgem
24	a mãe está preocupada com sua conduta sexual
25	fez um aborto, está deprimida
26	rompeu um namoro de 4 anos, está muito triste
27	problemas de ajustamento sexual (frigidez)
28	sente-se confusa e deprimida
29	dificuldade de relacionamento com marido (suspeitas)
30	sente-se deprimida e vazia
31	insônia e pesadelos

Número	Sigla	Idade	Sexo	Modelidade Relacional	Diagnóstico	Provável	Medicado com	Entrevistas
01	M.L.	17	F	Psicopática	Personalidade Psicopática		não medicada	I II III
02	E.P.S.	17	F	Esquizóide	Personalidade "Borderline"		Stelazine/Lexotan	I II III
03	V.A.S.	19	M	Obsessiva	Estado Depressivo		Anafранил/Lexotan	I II III
04	G.P.P.	15	M	Esquizóide	Provável Homossexualidade		Haldol/Akineton	I II III
05	M.H.I.N	15	M	Paranóide	Provável Esquizofrenia		Stelazine	I II III
06	F.A.S.	14	M	Paranóide	Adolescência Normal		não medicado	I II III
07	L.P.M.	13	F	Simbiótica	Histeria (conversão)		não medicada	I II III
08	A.G.	17	F	Confusional	Provável Depressão		não medicada	I II III
09	N.S.	18	M	Hipocondríaca	Epilepsia clínica		Rivotril	I II III
10	M.C.S.	19	F	Hstérica	Dependência de drogas		Stelazine	I II III
11	S.G.M.	17	F	Obsessiva	Anorexia Nervosa		Dogmatil	I II III
12	M.C.J.	17	F	Paranóide	Provável Homossexualidade		Olcadil	I II III
13	E.M.P.	10	M	Rábica	Histeria (conversão)		não medicado	I II III
14	R.P.S.	19	M	Melancólica	Provável Alcoolismo		Anafранил/Valium	I II III
15	M.A.R.	12	M	Psicopática	Epilepsia clínica		Regretol	I II III
16	E.P.	13	M	Hipomaníaca	Adolescência Normal		não medicado	I II III
17	V.S.S.	19	M	Hipocondríaca	Histeria (conversão)		não medicado	I II III
18	J.C.P.	19	M	Hipomaníaca	Personalidade "Borderline"		não medicado	I II III
19	M.B.	19	F	Confusional	Histeria		não medicada	I II III
20	J.P.M.	16	M	Simbiótica	Provável Homossexualidade		Frontal	I II III
21	L.J.	14	M	Melancólica	Adolescência Normal		Valium	I II III
22	D.M.W.	19	F	Hipocondríaca	Provável Depressão		Ornigrein/Veracalm	I II III
23	B.M.S	18	F	Paranóide	Adolescência Normal		não medicada	I II III
24	E.A.V.	17	F	Hipomaníaca	Histeria		não medicada	I II III
25	F.F.J.	18	F	Autista	Estado Depressivo		Lexotan	I II III
26	M.F.L.	19	F	Histérica	Estado Depressivo		Olcadil	I II III
27	R.R.	16	F	Histérica	Adolescência Normal		Valium	I II III
28	M.H.S.	19	F	Ansiosa	Neurose de Ansiedade		Lexotan	I II III
29	B.P.	19	F	Esquizóide	Epilepsia clínica		Rivotril	I II III
30	A.P.	16	F	Histérica	Provável Depressão		Anafранил	I II III
31	M.W.S.	13	M	Obsessiva	Neurose de Ansiedade		Dormonid	I II III

Resumo da avaliação clínica dos pacientes pela escala CGI (Impressão Clínica Global):

Nº	Medicamento	Severidade da doença	Melhora global	Índice de eficácia: (*)
01	não	relativamente doente	muito pouco melhorado	não aferido
02	sim	moderadamente doente	muito pouco melhorado	06
03	sim	moderadamente doente	muito pouco melhorado	07
04	sim	doente mental borderline	melhorado	07
05	sim	doente mental borderline	muito pouco melhorado	09
06	não	normal	sem alteração	não aferido
07	não	normal	melhorado	não aferido
08	não	relativamente doente	muito pouco melhorado	não aferido
09	sim	muito doente	muito pouco melhorado	06
10	sim	muito doente	melhorado	04
11	sim	relativamente doente	muito melhorado	03
12	sim	relativamente doente	melhorado	08
13	não	relativamente doente	melhorado	não aferido
14	sim	doente mental borderline	muito melhorado	01
15	sim	doente mental borderline	muito melhorado	02
16	não	normal	melhorado	não aferido
17	não	muito doente	muito melhorado	não aferido
18	não	severamente doente	não aferido	não aferido
19	não	muito doente	melhorado	não aferido
20	sim	muito doente	melhorado	03
21	sim	normal	muito melhorado	05
22	sim	doente mental borderline	melhorado	06
23	não	normal	sem alteração	não aferido
24	não	relativamente doente	muito pouco melhorado	não aferido
25	sim	moderadamente doente	melhorado	06
26	sim	moderadamente doente	sem alteração	06
27	sim	relativamente doente	muito pouco melhorado	10
28	sim	normal	muito melhorado	02
29	sim	relativamente doente	melhorado	06
30	sim	doente mental borderline	melhorado	10
31	sim	relativamente doente	muito melhorado	01

(\*) o índice de eficácia é obtido comparando-se o efeito terapêutico e efeitos colaterais. Ver anexos, no modelo da escala CGI.

Avaliação pela escala CGI:

## 1. SEVERIDADE DA DOENÇA

Relativamente doente	9 pacientes
Normal	6 pacientes
Doente "borderline"	6 pacientes
Muito doente	5 pacientes
Moderadamente doente	4 pacientes
Severamente doente	1 paciente

## 2. MELHORA GLOBAL

Melhorado	12 pacientes
Muito pouco melhorado	8 pacientes
Muito melhorado	7 pacientes
Sem alteração	3 pacientes
Não aferido	1 paciente

## 3. INDICE DE EFICÁCIA (\*)

00 (não aferido)	11 pacientes
06	6 pacientes
01	2 pacientes
02	2 pacientes
03	2 pacientes
07	2 pacientes
10	2 pacientes
04	1 paciente
05	1 paciente
08	1 paciente
09	1 paciente

---

(\*) pacientes que foram medicados

Evolução apresentada pelos pacientes durante o seguimento:

Psicoterapia:	Medicação:	Nº	Evolução:
sim	não	01	Abandonou o tratamento, dizendo que houve alta
sim	sim	02	Relata melhoras. Clinicamente inalterada.
sim	sim	03	Melhora clínica. Alta em 3 meses a pedido
sim	sim	04	Melhora moderada. Ambivalência/dependência
sim	sim	05	Pouca melhora. Afeto positivo c/terapeutas
sim	não	06	Alta em 3 meses
sim	não	07	Alta c/remissão completa de lesões (psoríase)
sim	não	08	Alta em 7 meses, com melhora acentuada no trabalho/estudos. Permanecem as brigas c/ a mãe
não	sim	09	Retornos para obter receitas. Melhora.
sim	sim	10	Melhoras, apesar das trocas de terapeutas. Conflito entre usar drogas e preceitos da Igreja
sim	sim	11	Uma internação (pneumonia). Casou-se. Desajuste conjugal. Interrompeu psicoterapia.
sim	sim	12	Não tivemos mais contato com paciente
sim	não	13	Melhora do quadro clínico
não	sim	14	Recusou psicoterapia. A medicação teve de ser feita sob vigilância da família, 2 meses. Melhoras
sim	sim	15	Melhoras do comportamento antissocial. Interrompeu o tratamento sem justificativas.
sim	não	16	Alta em 2 meses c/melhora no desempenho escolar
sim (*)	não	17	Melhora moderada
sim	sim	18	O paciente não retornou
sim	não	19	Permanecia em tratamento quando perdemos o contato. Não há dados sobre se houve melhoras.
sim	sim	20	Perdemos contato c/paciente. Provável interrupção
sim	sim	21	Melhoras. Ainda não conseguiu visitar o amigo.
sim	sim	22	Perdemos contato. Possivelmente não retornou.
sim	não	23	Estava grávida, e não mais compareceu.
sim	não	24	Pouca melhora clínica; retornou algumas vezes.
sim	sim	25	Permanecia em terapia, com leve melhora
sim	sim	26	Abandonou terapia após 3 sessões. Melhora clínica com o uso da medicação.
sim	sim	27	Relata pouca melhora no relacionamento conjugal
sim	sim	28	Perdemos contato após 1 mês. Melhora moderada.
sim	sim	29	Recusou terapia. Melhoras com uso de medicação.
sim	sim	30	Medicação suspensa aos 3 meses. Melhoras.
sim	sim	31	Não pôde conciliar horários p/ terapia (a mãe se interessava mais no "remédio para dormir")

(\*) incluindo Arteterapia, c/ outra terapeuta.

2ª PARTE:

ATITUDES COM RELAÇÃO À MEDICAÇÃO: RESPOSTAS

RESPOSTAS AO ÚLTIMO ITEM DA FICHA-RESUMO: TRANSCRIÇÃO DE FANTASIAS

1. Negativa. Indecisão.
2. Negativa. Necessita mas tem medo de intoxicação.
3. Dúvida quanto ao efeito da medicação. Indecisão.
4. Negativa. Efeito colateral (enjôo).
5. Negativa. Acha desnecessário. Dúvida quanto ao efeito.
6. Negativa. Não acha importante tomar.
7. Negativa. Acha que não adianta nada.
8. Negativa. Medo de dano físico. Indeciso, contraditório.
9. Negativa. Medo de intoxicação) "Envenena o sangue"
10. Negativa. Efeitos colaterais ("parece que levei uma surra", "estão me deixando oca por dentro", uma queda.)
11. Positiva. Melhora. Contradição: "o fabricante fica rico e a gente drogada"
12. Negativa. Desconfiança: "quero saber de tudo". Desobedece à prescrição. Deseja "descansar".
13. Positiva. Dependência: "me obrigam a tomar quando eu estou doente"
14. Negativa.
15. Negativa.
16. Negativa. Recusa em tomar o medicamento.
17. Negativa. Sempre acha que vai fazer mal.
18. Negativa.
19. Positiva. Acha que precisa tomar.
20. Positiva. Contradição: "remédio sempre atrapalha, mas agora preciso mesmo".
21. Positiva. "Preciso para dormir". Medo: tem história de alergia à penicilina, "quase morri".
22. Negativa. Positiva. O paciente acha que o remédio destrói, estraga, intoxica, produz dependência, mas: "acho que é bom para mim".
23. Negativa. Mas faz uso da medicação que o pai lhe traz.
24. Positiva.
25. Negativa. Sente raiva. Fala de autodestrutividade.
26. Não dá uma resposta direta; mas quer uma medicação que acalme, deixe dormir mas também deixe "firme". Parece acreditar na eficácia da medicação nestes sentidos mas mostra contradição.
27. Negativa. "Tinha que ter outras maneiras de ficar legal"
28. Positiva. Quer "dormir" e "esquecer". Negativa: "nenhum remédio resolve".
29. Negativa. Acha que os remédios não adiantaram e tem medo de dano.
30. Negativa. Interrompe antes do que está prescrito.
31. Negativa. Contradição: acha que faz bem e faz mal.

## Fantasias com relação à medicação:

Respostas	número
Negativas	22
Positivas	07
Ambivalentes	02

Respostas	número
Efeitos colaterais (*)	02
Ambivalentes (**)	14
Negativas	05
Positivas	05
Ambivalentes	04

Motivos apresentados:	Respostas:
Medo de que o medicamento fizesse mal, causasse dano físico ou intoxicação	06
Acham que o medicamento não é importante, que não adianta nada, que não é solução	03
Acha que o medicamento tem gosto ruim, associa a injeção à dor	01
Observação: tais motivos foram apresentados em respostas do tipo negativo e/ou ambivalente.	

- (\*) As duas respostas que continham menção a efeitos colaterais foram negativas, e portanto incluídas na relação anterior.
- (\*\*) Por ambivalente descrevemos as respostas indecisas, com dúvidas e contradições. Quatro pacientes manifestaram-se diretamente desta forma, cinco pacientes primeiro deram respostas negativas e cinco pacientes respostas positivas.

QUADRO-RESUMO: Respostas dadas à primeira parte do questionário, nas entrevistas (Modelo G: Atitudes com relação à Medicação) (\*)

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
01	D D	BBB	CCC	BBB	AAA	DDD	BBB	AAA	DDD	BBD	BBB	AAB	BBB	BBB
02	DDD	BBB	BCD	BBB	AAA	DDD	BBB	AAA	AAA	BDD	BBB	AAA	C C	B B
03	BBD	BDD	CCC	DDD	ABD	BBC	CCC	ADD	BBD	BBB	CCD	ACD	BBB	CCC
04	BBD	BDD	ABD	BCC	AAA	ADD	CDD	AAB	DDD	BBD	AAB	ADD	BDD	BBC
05	AAB	BDD	BBB	AAA	ADD	AAA	BBB	BBD	AAD	BBD	ACC	BBB	ACD	BBB
06	BBB	BDD	BCC	BBB	DDD	ADD	BBC	BBB	CDD	DDD	BBB	BBD	CCC	BCD
07	D D	BBB	BBC	BBB	AAA	AAD	BBB	BBB	ADD	DDD	ABB	BBB	BBB	ABB
08	BBD	ABC	BCC	ABB	BDD	DDD	BBB	AAB	DDD	D D	BDD	ABB	BCC	BBC
09	BBB	BCC	BBC	ABB	ADD	D D	ABB	AAB	AAA	BBB	CCC	AAB	DDD	ABB
10	ADD	BBB	CCC	AAB	BBB	AAA	DDD	BBC	AAA	DDD	AAC	ADD	BBB	BDD
11	D D	A B	A B	B B	B C	A A	D D	B C	A A	D D	B B	D D	A B	C D
12	C C	D D	A A	C D	D D	C C	A A	C C	B B	B B	A A	C D	D D	B C
13	ADD	BBB	BCC	BBB	BBB	BBD	DDD	BBB	AAA	DDD	BBC	DDD	BBB	AAB
14	DDD	BBB	BCC	BBB	DDD	AAA	DDD	BCC	AAA	ADD	AAA	DDD	BBC	CCD
15	AAD	ABC	BCC	AAB	BBC	AAD	AAD	BCC	AAA	ADD	AAC	DDD	BBB	BBC
16	B D	B D	B B	A B	B C	A B	A A	A B	A A	A D	A C	D D	A D	C D
17	ABD	BBB	BBB	BBB	BBB	DDD	DDD	BBD	AAA	DDD	BBC	DDD	ABB	BCC
18	C	B	A	C	B	A	B	A	C	B	A	A	D	D
19	ADD	BBB	BCC	BBB	BBB	AAA	ADD	BBB	AAA	ADD	AAA	DDD	AAC	ABB
20	ADD	BBB	BCC	BBB	BBB	AAA	ADD	BBB	AAA	ADD	AAA	ADD	BBB	ABB
21	A B	B B	A C	A B	A A	D D	B B	A B	D D	D D	B C	A C	A B	B C
22	CDD	ABB	AAB	BBD	BBC	BBC	BDD	ABD	AAD	BDD	ABB	CDD	ABD	CDD
23	D	D	B	B	B	B	C	C	D	D	D	D	B	C
24	ABD	BBB	BCD	BBC	ABB	ABD	ADD	BBD	AAA	DDD	ACC	ADD	ABC	BCC
25	BDD	BBC	CCD	BBC	ABB	ADD	ADD	BBD	AAA	ADD	AAB	ADD	BBC	ABB
26	ADD	ABB	BBD	BBB	BBC	AAA	AAD	BBB	AAA	AAA	BCC	DDD	ABB	CCD
27	AAD	ABB	ABB	ABC	ABB	AAB	ADD	BBB	AAA	DDD	ABC	DDD	ABB	BCC
28	AAD	ABB	ABD	BBC	ABB	AAD	ADD	BBD	AAD	DDD	AAC	CCD	ABC	BCD
29	DDD	BBB	BBC	BBB	BBD	AAA	ADD	BBC	AAA	DDD	ABC	BDD	ABB	ABB
30	AAD	ABB	ABD	BCC	BBB	AAD	AAD	BBB	AAA	DDD	AAC	ADD	BBB	CDD
31	BBD	BBB	BBD	BCC	ABB	ADD	ACD	BDD	ACC	CDD	BCC	ADD	ABC	CCD

(\*) As letras A, B, C e D referem-se às quatro alternativas apresentadas ao final de cada um dos catorze itens (abscissa); são trinta e um pacientes entrevistados (ordenada).

Com relação ao quadro-resumo da página anterior, houve 169 respostas concordantes (por exemplo, nas três entrevistas foi marcada a mesma alternativa do item considerado). A distribuição destas respostas concordantes por item foi a seguinte:

ITENS:	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
MARCAS:	07	14	06	13	13	15	14	11	22	17	09	11	12	04

O número de respostas obtidas para cada alternativa de cada um dos 14 itens foi:

1. A:18	8. A:17
B:20	B:48 *
C:04	C:10
D:41 *	D:10
2. A:08	9. A:57 *
B:60 *	B:04
C:05	C:04
D:12	D:20
3. A:11	10. A:09
B:35 *	B:17
C:31	C:01
D:08	D:57 *
4. A:11	11. A:31 *
B:56 *	B:27
C:12	C:23
D:05	D:04
5. A:22	12. A:18
B:42 *	B:13
C:05	C:06
D:16	D:48 *
6. A:40 *	13. A:14
B:09	B:45 *
C:04	C:14
D:30	D:11
7. A:19	14. A:08
B:23	B:35 *
C:07	C:27
D:36 *	D:14

Resumindo as respostas dadas ao Modelo C: Atitudes com relação à medicação, nos catorze itens, temos: (\*)

1. Desde que comecei a tomar medicação  
D. Sinto-me melhor (41 respostas)
2. Eu uso medicação porque  
B. Eu quero me sentir bem (60 respostas)
3. Algumas vezes a medicação  
B. Precisa de água para ser engolida (35 resp.)
4. Quando eu uso minha medicação  
B. Sinto-me melhor (56 respostas)
5. Eu uso medicação porque  
B. Eu quero melhorar 42 respostas)
6. Eu sinto que a medicação  
A. Dá vontade de melhorar 40 respostas)
7. Com a medicação  
D. Eu me sinto melhor (36 respostas)
8. Por causa da medicação  
B. Eu me sinto melhor (48 respostas)
9. O fato de usar a medicação  
A. Ajuda a me sentir melhor (57 respostas)
10. O fato principal sobre medicação é  
D. Ela me ajuda a sentir bem 57 respostas)
11. Sem a medicação  
A. Eu fico nervoso e irritado (31 respostas)
12. Logo após tomar a medicação  
D. Sinto-me melhor (48 respostas)
13. Medicação  
B. É boa para mim (45 respostas)
14. Minha opinião sobre tomar medicação é  
B. Gosto um pouco de tomá-la (35 respostas)

---

(\*) Observar que este número leva em conta o total de entrevistas realizadas, três para cada paciente, com seis exceções (ver quadro-resumo).

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
01	N	AP	C	AP	N	AN	C	C	AP	AP	C	AP	N	AN	AP	AN	AP	N	AP	AN	AP	AN	AN	AP								
02	(*)																															
03	AP	AP	AP	AP	AP	AP	AP	AP	AP	AN	AN	AP	AP	AP	AP	AP	AN	AP														
04		I	I	I	N	I	I	I		I	N	I	D	I	I	D	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
05	AP	AP	C	AN	AP	AN	AP	C	N	N	AP	AN	AN	AN	N	AP	C	AP	AN	AN	AP	AN										
06	D	D	D	I	I	I	D	D	D	I	I	D	I	D	D	D	I	I	I	I	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
07	AP	C	AN	AP	AP	N	AP	C	N	AP	AP	AP	AP	N	AP	AP	AN	AP	AP	AP	AN											
08	N	I	D	I	N	I	D	I	I	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
09	AP	AP	AP	AP	AP	N	AP	AP	AP	AP	N	AP	AP	N	AP	AP	AN	AP														
10	D	I	D	I	I	D	I	D	I	D	C	I	I	D	I	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
11	C	AP	AP	AN	AP	AP	AP	C	AP	AP	AN	AN	AN	AN	AP	C	AN															
12	D	D	D	I	D		D	D	D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
13	N	AP	AP	AP	N	AP	AP	AP	C	AP	AP	AP	AN																			
14		D	D	D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
15	AP	AP	N	AP	N	AN	C	N	C	AP	AP	AP	AP	AP	C	AN																
16	D	D	D	D	D	I	I	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
17	N	AP	AP	AP	AP	N	AP	AP	C	AP	N	AN	AN	AN	AN	C	AN															
18		I	I	I	D		I	D	I		I	D	I	D	I	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
19	AP	N	AP	AP	N	AP	AP		N	AP	AP	AP	AN																			
20	D		I	I	D	D	D	I	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
21	AN	AP	AP	AP	AN	AN	AP	AP	AP	AN	AN	AN	N	AP	AN																	
22	D	D		I	D		I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
23	AN	AP	AP	AP	C	C	AP	N	N	C	C	AN	AN	AN	C	AN																
24		I		I	N	I	I	I	I	I	I	I	N	I	I	D	I	D	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
25	N	AP	N	AP	AN	AP	AN	N	AP	N	N	AN																				

(\*) as respostas dadas ao item nº 2 constam na página seguinte

## RESPOSTAS DADAS AO ITEM Nº 2:

Seu principal objetivo na vida ...	(nº ordem)
1. Menino, 10 anos: "Brincar"	13
2. Menino, 12 anos: "Era ser engenheiro"	15
3. Menino, 13 anos: "É ser pintor"	16
4. Menino, 13 anos: "Era curar-se, pois tinha vontade de viver"	31
5. Menina, 13 anos: "É melhorar"	07
6. Menino, 14 anos: "Vencer financeiramente"	21
7. Menino, 14 anos: "Era vencer"	06
8. Menino, 15 anos: "É ter saúde"	04
9. Menino, 15 anos: "É..."	05
10. Menina, 16 anos: "É ter sucesso"	30
11. Menina, 16 anos: "É conseguir me realizar na cama (no momento, é lógico)"	27
12. Menino, 16 anos: "É sentir-se em paz"	20
13. Menina, 17 anos: "É ganhar muito dinheiro"	01
14. Menina, 17 anos: "É sarar"	02
15. Menina, 17 anos: "Era estudar medicina"	08
16. Menina, 17 anos: "É nos fazer sentir melhor"	11
17. Menina, 17 anos: "Era resolver seu problema e ter vontade de viver"	12
18. Menina, 17 anos: "Ser independente"	24
19. Menina, 18 anos: "É terminar o que começo"	25
20. Menino, 18 anos: "Era ficar calmo e tranquilo"	09
21. Menina, 18 anos: "É viver intensamente cada momento"	23
22. Menina, 19 anos: "Aprender a viver"	10
23. Menino, 19 anos: "Vencer"	14
24. Menino, 19 anos: "É ser feliz"	03
25. Menino, 19 anos: "Ter saúde e viver, como assim todos vivem"	17
26. Menino, 19 anos: "Pelo contrário, ela já não tem mais objetivo, seu objetivo é sonhar, um sonho além da realidade, o calmente fez com que ela vivesse desligada do mundo que vivemos"	18
27. Menina, 19 anos: "É ser saudável"	19
28. Menina, 19 anos: "Saúde e dinheiro"	22
29. Menina, 19 anos: "Vencer, e procurar de todos os modos (...) ser feliz"	29
30. Menina, 19 anos: não respondeu à pergunta	26
31. Menina, 19 anos: "É ter bons lucros nos negócios"	28

Nº dos pacientes	Atitudes Positivas	Atitudes Negativas	Efeitos Colaterais	Neutralidade	Independência	Dependência
01	06	02	01	05	00	06
02	11	00	01	01	05	05
03	08	01	02	01	03	06
04	11	02	00	00	08	03
05	06	02	01	07	02	04
06	05	04	01	03	06	03
07	11	00	02	00	06	05
08	05	01	04	02	04	07
09	05	00	03	05	05	05
10	10	00	01	02	03	06
11	05	03	02	04	04	06
12	08	04	00	01	03	07
13	10	01	00	04	07	02
14	04	07	00	02	05	06
15	08	00	00	05	06	05
16	03	05	03	03	03	07
17	04	07	02	00	04	07
18	04	09	00	01	00	09
19	12	01	00	00	05	06
20	12	01	00	00	05	06
21	08	04	01	00	07	04
22	11	01	01	00	06	05
23	11	00	02	00	09	02
24	11	01	00	01	06	05
25	04	08	00	01	05	06
26	11	01	00	01	07	04
27	03	04	00	04	03	07
28	11	01	00	01	06	05
29	06	05	00	02	02	09
30	03	05	00	04	10	01
31	04	03	00	02	02	02

(\*) Os itens são os das frases para completar (Ver anexos)

Respostas às vinte e cinco frases para completar: (\*)

Atitudes positivas	231 respostas
Atitudes de dependência	161 respostas
Atitudes de independência	147 respostas
Atitudes negativas	83 respostas
Atitudes neutras	62 respostas
Referência a efeitos colaterais	27 respostas

Síntese das respostas dadas ao item nº 2 ( "Seu principal objetivo na vida..."):

Obter cura, melhorar (remissão de sintomas), ter saúde	11 respostas
Vencer, obter sucesso, ganhar dinheiro	09 respostas
Alcançar paz e tranquilidade, ser feliz, viver bem	05 respostas
Ter uma profissão	03 respostas
Em branco	02 respostas
Brincar	01 resposta

---

(\*) Estas respostas foram sintetizadas em termos de: atitudes positivas, atitudes negativas, atitudes neutras, efeitos colaterais, atitudes de dependência e atitudes de independência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

### Perfil dos Pacientes Entrevistados

O primeiro comentário que temos a fazer é sobre o número de pacientes, que consideramos insuficiente, e nos autoriza tão somente a expor nossos resultados através de exemplos.

Nossa amostra teve 15 pacientes do sexo masculino e 16 pacientes do sexo feminino, o que consideramos adequado. Quanto às idades, 61,3% da amostra tinham entre 17 e 19 anos: infelizmente não foi possível obter uma distribuição mais uniforme de faixa etária. Na prática, tal fato significa que a maior parte dos pacientes adolescentes entrevistados já havia passado pela fase das modificações corporais, apresentando o corpo com características adultas.

Encaminhamento: 42% compareceram por iniciativa própria, 35,5% foram encaminhados por instituições e profissionais e 22,5% foram trazidos por familiares.

Procedência: 90,3% da amostra era da cidade de Campinas. Tres pacientes haviam viajado de suas cidades, nos estados do Paraná e de Minas Gerais. Quanto a movimentos migratórios, com mudança de residência, sabemos que 42% dos pacientes migraram de suas cidades natais. A migração está relacionada algumas vezes com a maior incidência de problemas emocionais e a dificuldade de aquisição do sentimento de identidade pessoal (41) (133) e acreditamos, pelos relatórios verbais que nos foram feitos durante as entrevistas por pacientes que migraram, que tal mudança não se deu isenta de repercussões emocionais (sentimentos de perda, dificuldades de adaptação).

Em 61,3%, o informante foi o próprio paciente. Nos demais casos, os informantes foram os pacientes e seus pais, predominando a presença da mãe (29% dos casos). O mesmo se deu com os acompanhantes: em 61,3% das vezes o paciente veio só, e no restante acompanhado pelos pais, nestes casos também eram informantes.

Quanto à religião, declararam-se católicos 45% dos pacientes, protestantes (de várias crenças) 25,8%, espíritas e espiritualistas 6,5%. Um paciente afirmou que estava fundando uma nova religião. Outros pacientes (19,4%) declaram não ter religião. Foram observadas manifestações de sincretismo religioso, por exemplo: pacientes diziam ter uma religião mas logo depois se contradiziam,

afirmando terem também outra religião, cuja frequência ao culto era irregular. Também foi notado que alguns pacientes diziam suas crenças religiosas como se fosse "para constar", isto é, dando a impressão que eram obrigados a dizer alguma coisa, qualquer coisa.

Quanto a grupos étnicos, 58% da amostra era de cor branca, e o restante apresentava diferentes tons de pele parda, indicando graus variáveis de miscigenação racial.

Eram solteiros 84% dos pacientes. Cinco pacientes do sexo feminino já eram casadas ou estavam morando com um companheiro, e, dentre estas, tres já eram mães.

As condições de habitação e moradia mostraram predomínio de casas de alvenaria (94%) sendo que, em 35,4% dos casos a casa era própria e em 19,4% era alugada.

A maioria dos pacientes entrevistados (71%) morava com familiares (de sua família original), 10% dormia no emprego, 6,5% morava em pensão ou república de estudantes e o restante havia formado novos núcleos familiares.

Quanto à renda familiar, observamos que, ao declará-la, alguns pacientes faziam uma estimativa dos ganhos da família, não parecendo estar muito informados do valor real. Ainda outros nos deram a impressão que deliberadamente falseavam o valor para mais ou para menos (e aqui poderíamos nos indagar sobre possíveis fantasias: porque tentar parecer mais pobre ou mais rico do que realmente é?). Ganhavam até quatro salários mínimos 39% das famílias, de cinco a oito salários mínimos 26% das famílias, de nove a doze salários mínimos 13%, e um paciente informou renda familiar de vinte salários mínimos. Seis pacientes não souberam informar qual era a renda de suas famílias. Esperávamos valores mais modestos de renda nesta amostragem, e tal não se deu.

Posição na ordem de nascimento: 45% dos pacientes eram primeiros filhos (e aqui incluímos os filhos únicos), 19,4% eram os filhos caçulas e o restante da amostra variava suas posições na ordem de nascimento. Aqui observamos, corroborando algumas idéias de autores médicos (4) (41) (67), a possibilidade de uma maior pressão emocional sobre o primeiro filho e sobre o último filho a nascer, na dependência de fatores variados que poderão incluir características da estrutura familiar e da personalidade dos pais.

Ocupação e escolaridade dos pacientes: quanto à ocupação, vemos que 48,3% não exercem uma função remunerada. Tal fato pode ser explicado em termos de: idade (abaixo dos 14 anos é improvável que o adolescente já esteja empregado); patologia apresentada (que pode gerar incapacidade para o trabalho); atitudes familiares (não permitir que exerça uma função remunerada); funções domésticas exercidas pelas moças. Quanto à escolaridade dos pacientes, não entrevistamos nenhum que fosse analfabeto, ou que soubesse apenas ler e escrever; todos haviam ingressado em instituições de ensino formal. 52% possuíam o 1º grau incompleto, o restante se distribuía ao longo das séries do 1º ao 3º graus de ensino. (Ver pág.70)

Considerando-se que, pela rede oficial de ensino do país, a escolaridade do 1º grau se completa aos 14 anos pela conclusão da 8ª série, e a do 2º grau aos 17 anos, nossa amostra, com exceção de alguns pacientes (abaixo dos 15 anos geralmente) não mostrou esta correlação, podendo ser entendido que, nos casos em que a idade apresentada era superior à esperada para determinada série, tenham ocorrido repetições de ano e/ou desistências nos estudos. Não interrogamos nenhum paciente neste sentido.

Ocupação e escolaridade dos pais dos pacientes: 45% eram aposentados, ou com ocupação desconhecida. As ocupações remuneradas apresentaram grande variação dentre estes pais do sexo masculino, não podendo ser apreciada nenhuma tendência. Quanto às mães, 71% tinham ocupação doméstica, não remunerada, na própria residência; o restante trabalhava como professora, costureira, funcionária pública, empregada doméstica, comerciante, e num caso não havia ocupação conhecida. Assim, vemos que a ocupação dos pais do sexo masculino foi mostrada de forma bem mais diversificada que a das mães, cuja maioria trabalha no próprio lar. Quanto ao grau de escolaridade, vemos que as mães permaneceram em média mais tempo na escola que os pais; não houve nenhum caso de mãe analfabeta; e, comparativamente, as mães dos pacientes alcançaram maior nível de escolarização do que os pais.

Pareceu haver maior incidência de problemas com o paciente adolescente nos casos em que:

1. a mãe era mais culta que o pai;
2. a mãe teve certo grau de escolarização, às vezes superior ao do pai do paciente, mas permanecia em casa sem ocupação remunerada;
3. quando a mãe ganhava mais que o pai ou "sustentava" a casa.

Queixa principal: em 29% dos casos os pacientes adolescentes referiram na queixa principal que seus pais, ou professores e líderes religiosos (figuras simbolicamente parentais) influíram na sua atitude de procurarem uma consulta médica: sabemos que tal se deu em diferentes graus de intensidade mas não temos condição de medi-los. Houve queixa de um sintoma que incomoda em 58% dos pacientes; em 42% dos casos, no entanto, o paciente adolescente foi trazido por outras pessoas (familiares) sem que houvesse um sintoma que incomodasse a ele, adolescente (ao que parece o sintoma incomodava aos pais).

As gestações foram descritas como normais em 48% dos pacientes; declaradas normais, mas com algumas observações (ver págs. 72 a 74) em 16% dos pacientes. Quanto ao desejo de engravidar tivemos poucas informações: 3,2% dos pacientes teve a gravidez desejada pela mãe, e 10% foi produto de gravidez indesejada. Em 13% dos casos houve intercorrências durante a gravidez, como contrariedades, vômitos. (Ver págs. 72 a 74)

Os partos foram, em 52% dos casos, normais. Excetuando-se este total, 16% relataram partos normais, porém com algumas observações (referentes à apresentação, circular de cordão e outras características). Houve partos prolongados e alterações em 22,5% pacientes (ver págs. 72 a 74). Ao nascer, 32,2% dos bebês apresentava aspecto normal. Não tivemos informações do período neonatal em 29% dos pacientes. Nasceram com aspecto normal porém com pequenas observações 6,4% dos bebês. Bebês arroxeados, 16%; bebês com aparência de pequenos, 16%. Em dois pacientes houve observação de defeitos congênitos.

Com relação à alimentação, foram amamentados no peito, por períodos variáveis, 35% dos bebês. A alimentação foi normal em 19% dos casos, e normal com observações em 32% dos casos. Não temos esta informação sobre alimentação de 26% do total de pacientes. Houve problemas de alimentação na infância de 8 dos pacientes, e discutiremos isso mais adiante.

Desenvolvimento neuro-psicomotor: relatado normal em 48% dos pacientes; com alterações variadas (desmaios, enurese, lentidão, precocidade) em 29% dos casos; e não temos informação do restante dos pacientes.

Dados sobre infância e adolescência, que por sua variação dificultam seu agrupamento, serão confrontados com o diagnóstico estabelecido e a modalidade relacional apresentada.

Fizemos uma pergunta: dados sobre a infância e a adolescência confirmariam o diagnóstico e permitiriam prever a modalidade relacional mais provável para um dado paciente?

Comparando dados sobre a infância e a adolescência dos trinta e um pacientes (págs.72 a 74) com o diagnóstico e a modalidade relacional apresentada (quadro-resumo da pág.76) obtivemos as seguintes informações:

1. Em 52% dos casos foi possível estabelecer uma correlação positiva, isto é, a história clínica continha indicações que poderiam levantar uma hipótese diagnóstica, e a modalidade relacional apresentada não estava em desacordo com os dados colhidos.

2. Em 26% dos casos a história clínica no que se refere à infância e à adolescência coincidia com o diagnóstico feito posteriormente, mas só com este; a modalidade relacional parecia não guardar relação alguma.

3. Em 22% dos casos não foi possível estabelecer uma correlação entre a história clínica, o diagnóstico e a modalidade relacional.

Concluimos que não é tarefa fácil estabelecer a modalidade relacional de um paciente tendo em vista apenas sua história clínica: esta avaliação, como imaginamos anteriormente, envolve uma avaliação dinâmica do entrevistado. No entanto, parece claro que dados da história clínica, abrangendo a infância e a adolescência, fornecem indicativos confiáveis para se levantar uma hipótese diagnóstica, que será ou não confirmada clinicamente.

---

## Relações de Objeto

Sabemos que, dependendo do problema clínico apresentado pelo paciente, haverá uma maior ou menor distorção do pensamento e do afeto. No caso de adolescentes, em que é possível um certo grau de conduta psicótica e psicopática, e que atravessa uma fase particularmente difícil do ponto de vista emocional, as distorções costumam ser ainda maiores, ainda que transitórias. Gostaríamos de fazer aqui algumas considerações acerca da relação médico-paciente adolescente, e das reações frente ao uso de psicofármacos.

Inicialmente vamos delinear as possíveis reações do adolescente frente ao fato de estar ou de ser doente:

1. A doença mental ou o problema "insolúvel" podem ser vivenciados como uma espécie de castração, o paciente se sente impotente, e tal sensação é frequentemente descrita como insuportável.
2. Pode haver muito medo. Medo do que representa a doença em si, medo das possíveis complicações e conseqüências, medo da invalidez ou da mutilação, medo da morte.
3. Pode haver raiva. O paciente pode se mostrar irônico, sarcástico, hostil, por se sentir frustrado, limitado em suas atividades habituais, por ter de enfrentar o sofrimento e o incômodo que trazem os sintomas.
4. Pode se negar a aceitar a doença, recusando-se a acreditar que ela existe, e mesmo agir como se estivesse são. Pode preferir fazer racionalizações, minimizando a importância dos sintomas.
5. Pode exagerar os sintomas, e obter ganho secundário, isto é, auferir vantagens do fato de se encontrar doente: recebe mais atenção, está livre de responsabilidades e de obrigações que normalmente teria, recebe ajuda, tem "privilégios" (repouso, alimentação, isenções).
6. Pode se mostrar deprimido, sentindo culpa, tristeza, pensando que a doença significa um castigo, ou expiação de pecados, provação temporária para "pagar" o que fez de mau ou de errado.
7. A situação de doença pode provocar graus variáveis de regressão: despertar um desejo "mágico" de que o médico opere milagres, ou a crença de que nada pode fazer por esforço próprio, esperando que o médico faça todo o esforço de cura sozinho. Sentindo-se desamparado e angustiado, o paciente pode pedir ajuda, da mesma forma e pelos mesmos motivos que uma criança faria.

A figura do médico para o paciente adolescente, ainda que cercada por idéias positivas (é um especialista que conhece o corpo e suas funções, a mente, tem o poder de conferir alívio e cura, pode dar esperança, e etc) constitui-se também, em alguns casos, uma ameaça, um perigo: quem procura um médico é porque está doente ou pensa que está, e portanto a presença do profissional que o atende pode ser sentida como uma espécie de "confirmação" do estado de doente. Além disso o jovem paciente pode sentir no médico uma figura "de autoridade", e relacioná-la aos pais ou substitutos parentais, havendo então emoções do tipo já experimentado anteriormente com relação a estas figuras. De certa forma o paciente pode esperar que o médico aja de forma semelhante a elas, e, na dependência do comportamento do médico, sentir-se gratificado ou frustrado. Tal reação não é a regra, e muitos pacientes conseguem ver o médico como ele realmente é.

Alguns pacientes despertam no médico sentimentos de impaciência e raiva, por exemplo alcoólatras, epiléticos, neuróticos obsessivos com problemas já cronificados. É importante que o médico tome consciência dos sentimentos que o paciente provoca nele, que emoções mobiliza, que pensamentos lhe ocorrem, pois assim poderá perceber que mensagem está sendo veiculada, e poderá diagnosticar melhor, estabelecendo também a modalidade relacional que apresenta o paciente. (Dois diagnósticos: da doença e do doente)

No confronto face a face, em situação clínica, parece existir para ambos, paciente e médico, um certo grau de ansiedade: dentro dos papéis que assumiram e ora desempenham, pode haver dúvidas quanto aos resultados: o paciente pode temer não conseguir o que deseja e o médico temer não conseguir atuar de forma eficiente no curso do problema. Ambos, portanto, esperam obter algo da relação.

Com relação à utilização de psicofármacos, um novo grau de complexidade é introduzido em nossas considerações, e tão importante que alguns médicos que fazem psicoterapia preferem não medicar simultaneamente o paciente. Os psicofármacos não exercem ação terapêutica apenas por atuarem a nível orgânico no sistema nervoso, mas também porque provocam alterações a nível psicológico, que, em maior ou menor medida, são reconhecidos por todos. Assim, podemos ver claramente um fenômeno sugestivo no chamado efeito placebo; e cremos que todos nós já presenciemos o que Dr. M. Knobel denominou "atitude anti-droga" ( ). Um psicofármaco pode causar reações adversas, inesperadas

e mesmo paradoxais, e acreditamos que, ao lado de influências sócio-culturais, possa ser muito importante o relacionamento médico-paciente, principalmente na adolescência, pelas características citadas anteriormente.

O psicofármaco é um objeto real, com um nome, cor, forma, gosto. Pensamentos e afetos cercam o processo de incorporação, e o psicofármaco pode ser visto como: um meio de controle, um objeto mágico, uma "camisa-de-força química" (49), um objeto transicional, segundo a definição de Winnicott (\*), e muitas fantasias; é algo que "se instala" no corpo, "invade", motivando o aparecimento de defesas. Segundo o grau de desenvolvimento pessoal, ou de patologia, a incorporação de um psicofármaco pode ter diferentes significados: nutrição, obtenção de energia, obtenção de prazer, um ritual antropofágico ou união simbiótica, controle e destruição de objetos considerados perigosos.

Muitas destas atitudes podem ser vistas nos comentários da pesquisa realizada através da aplicação de questionários a 300 adolescentes.

Por exemplo, a atitude, que foi frequente, de considerar os psicofármacos como objetos potencialmente danosos, e a atitude ambivalente, evidenciando contradições. Parece que atitudes com relação a psicofármacos estão, de certa forma, associados ao conceito de doença que o adolescente tem: por exemplo, se a doença é considerada como "falta", o medicamento "acrescenta"; se é vista como "excesso", o medicamento "retira"; se é uma "disfunção", o medicamento "conserta", e, além disso, pode "beneficiar" ou "prejudicar". Tais atitudes aparecem inclusive nas respostas que foram consideradas neutras.

A variação quanto à aceitação do uso de psicofármacos parece ser responsável pela dificuldade encontrada pelo médico em algumas intervenções terapêuticas: as atitudes manifestas dependem em grande parte, de fantasias, emoções e pensamentos vinculados a juízos de valores culturalmente aceitos. Por exemplo, o paciente, embora conscientemente disposto a colaborar com o médico, pode ter a convicção íntima de que o remédio não irá adiantar, por causas

---

(\*) Winnicott, "O Brincar e a Realidade", Imago Editora, 1975. E também, do mesmo autor, "Da Pediatria à Psicanálise", Edit. Francisco Alves, 2ª ed., RJ, 1978.

diversas e nem sempre lógicas ou racionais, pertencendo ao universo das fantasias infantis.

Achamos que a expectativa positiva e atitudes análogas em pacientes adolescentes interferem decididamente no processo terapêutico e no fenômeno da cura. Visto por esta perspectiva, o alívio de sintomas pôde ser conseguido sem, ou apesar de, o uso de psicofármacos. Por exemplo, o relato de uma das pacientes, 13 anos, modalidade relacional simbiótica: "Foi só conversar com ela que o medo passou" (referindo-se à consulta).

Podemos, por outro lado, fazer algumas considerações a respeito da filosofia que estaria regendo a utilização de psicofármacos em nosso meio. A atitude mais observável é a marcadamente consumista ("saúde se compra") e imediatista ("de preferência já").

A utilização de psicofármacos por parte de adolescentes baseia-se em parte na imitação de comportamentos socialmente demonstrados. Não obstante o fato de que é necessário receita médica para adquirir tais produtos, observamos que estes passam indiscriminadamente de mãos, amigos "receitam", os adolescentes utilizam psicofármacos receitados para seus familiares. Aliás esta é a imagem veiculada pela televisão, em que a propaganda induz à automedicação sem alertar para possíveis consequências. O ato médico frequentemente se acompanha da prescrição de algum medicamento, e alguns pacientes parecem achar tal prescrição mais importante do que a própria consulta.

Nas respostas obtidas com a aplicação dos 300 questionários, e que constam nos anexos, aparecem algumas atitudes que consideramos interessantes: os adolescentes parecem respeitar mais, em termos de eficiência, aqueles medicamentos comprados apenas com receita médica; preferem os medicamentos cuja via de administração é oral ou que podem ser usados sobre a pele e mucosas; o motivo principal da atitude negativa com relação a medicamentos reside no medo de intoxicação, medo de fazer mal ou de causar dano ao organismo. Sessenta por cento dos adolescentes que responderam ao questionário I (ver anexos) afirmaram que, se o paciente gosta do médico e confia nele, isso pode fazê-lo sentir-se melhor mesmo sem o uso de remédios.

### Correlações com as Modalidades Relacionais:

Tentamos estabelecer correlações entre as modalidades relacionais apresentadas e as atitudes e reações de pacientes adolescentes frente à utilização de psicofármacos; desta parte foram excluídos os pacientes que não estavam em medicação.

1.A paciente nº 2 tinha atitude negativa quanto à medicação, melhorou muito pouco e clinicamente parecia inalterado. Modalidade relacional esquizóide.

2.A paciente nº 3 tinha dúvidas quanto à medicação, melhorou muito pouco, teve alta, modalidade relacional obsessiva.

3.0 paciente nº 4 tinha atitude negativa quanto à medicação, melhorou e prosseguia em tratamento. Modalidade relacional esquizóide.

4.0 paciente nº 5 melhorou muito pouco, permanecia em tratamento, modalidade relacional paranóide.

5.0 paciente nº 9 tinha atitude negativa quanto à medicação, melhorou muito pouco, permanecia em tratamento. Modalidade relacional hipocondríaca.

6.A paciente nº 10 tinha atitude negativa quanto à medicação, melhorou, permanecia em tratamento. Modalidade relacional histérica.

7.A paciente nº 11 tinha atitude positiva, porém com contradições, quanto à medicação. Muito melhorada, interrompeu o tratamento. Modalidade relacional obsessiva.

8.A paciente nº 12 tinha atitude negativa quanto à medicação, melhorou, e não tivemos mais contato. Modalidade relacional paranóide.

9.0 paciente nº 14 tinha atitude negativa quanto à medicação, melhorou muito, recusou psicoterapia, permanecia em tratamento medicamentoso. Modalidade relacional melancólica.

10.0 paciente nº 15 tinha atitude negativa quanto à medicação, melhorou muito, interrompeu o tratamento. Modalidade relacional psicopática.

11.0 paciente nº 20 tinha atitude positiva, porém contraditória, com relação à medicação. Melhorou, mas perdemos contato. Modalidade relacional simbiótica.

12. O paciente nº 21 tinha atitude positiva com relação à medicação, porém mostrou um pouco de medo. Melhorou muito, permanecia em tratamento. Modalidade relacional melancólica.

13. A paciente nº 22 tinha atitude negativa, porém com contradição, em relação à medicação. Melhorou, porém perdemos contato. Modalidade relacional hipocondríaca.

14. A paciente nº 25 tinha atitude negativa com referência à medicação. Melhorou, permanecia em terapia. Modalidade relacional autista.

15. A paciente nº 26 tinha atitude contraditória com relação à medicação, permaneceu clinicamente inalterada, abandonou psicoterapia, permanecia em tratamento medicamentoso. Modalidade relacional histérica.

16. A paciente nº 27 tinha atitude negativa com relação à medicação, melhorou muito pouco, permanecia em tratamento. Modalidade relacional histérica.

17. A paciente nº 28 tinha atitude positiva, porém contraditória, com relação à medicação. Melhorou muito, porém perdemos o contato. Modalidade relacional ansiosa.

18. A paciente nº 29 tinha atitude negativa com relação à medicação, melhorou, recusou psicoterapia, mas permanecia em medicação. Modalidade relacional esquizóide.

19. A paciente nº 30 tinha atitude negativa com referência à medicação, recebeu alta com melhora. Modalidade relacional histérica.

20. O paciente nº 31 tinha atitude negativa e contraditória com relação à medicação, melhorou muito, interrompeu o tratamento. Modalidade relacional obsessiva.

O número reduzido de pacientes não nos autoriza a estabelecer correlações adequadas, e nos permite apenas citar alguns exemplos. No entanto, acreditamos que a riqueza de dados contidos nestas informações que obtivemos seja suficiente para provocar uma reflexão sobre nossas proposições iniciais.

Mesmo reduzindo as respostas que envolvem contradição à condição de "neutras", e vendo as modalidades relacionais sob o enfoque das modalidades reacionais (concordância, rejeição, invalidação e formação de sintoma) não foi possível concluir definitivamente se as modalidades relacionais permitem uma previsão dos rumos que tomará o tratamento.

Há, no entanto, algumas observações: onze pacientes cujas atitudes frente à medicação eram positivas ou negativas, tiveram resposta terapêutica e evolução coerentes com suas atitudes iniciais. Por exemplo, pacientes com atitudes negativas quanto à medicação interromperam o tratamento, e pacientes com atitudes positivas obtiveram melhoras. Mas o inverso também se deu, embora em menor proporção; oito dos pacientes com atitudes negativas quanto à medicação evidenciaram melhora clínica, e quatro pacientes, também com atitudes negativas, receberam alta com melhora. No total, portanto, doze pacientes apresentaram reação inesperada, contraditória. Nos questionamos que fatores poderiam estar influenciando nos resultados, e parece ser a presença de variáveis não consideradas anteriormente. (\*)

Além disso, dois pacientes com modalidade relacional psicopática abandonaram o tratamento, um sem justificativa e outro avisando em casa que recebera alta, o que não era verdade. Tal atitude se enquadra nas características anteriormente descritas desta modalidade relacional. Outros dois pacientes com modalidade relacional melancólica (depressiva) mostraram melhoras clínicas, com manifestações de sentimentos agressivos dirigidos a outra pessoa que não eles mesmos. Dentre os pacientes que tiveram atitudes positivas com relação à medicação, sem contradições, três, apesar de modalidades relacionais fóbica, confusional e hipomaníaca, apresentaram o diagnóstico de histeria. O número é insuficiente para concluirmos, sendo preferível usá-lo como exemplo: ao que parece, pacientes com diagnóstico de histeria tendem a mostrar atitudes positivas com relação à medicação.

Ao finalizarmos nossas considerações, queremos dizer que, ao planejar esse trabalho, supusemos que haveria interesse clínico na aplicação de procedimentos técnicos como os que foram aqui descritos. A exigência mais frequente que observamos em obras consultadas, com relação a modelos de pensamento e operacionalidade, refere-se à ausência de contradições e à economia de intervenções com finalidade terapêutica, ou seja, a busca de coerência e de maior eficiência: o uso clínico de modalidades relacionais, ainda que não

---

(\*) Teria ocorrido, como defesa, a transformação de sentimentos em seus opostos? A explicação poderia estar situada entre as características da adolescência normal, onde são observadas contradições sucessivas na conduta e flutuações de humor e ânimo (1)

plenamente, pareceu corresponder a esse aspecto, em pacientes adolescentes. Em muitos aspectos as correlações que esperávamos obter resultou impossível de ser estabelecida, por insuficiência de dados: sem informações suficientes não podemos fazer um julgamento criterioso.

Na vida psíquica de adolescentes parece haver mistura, em vários graus, de realidade e fantasia, inclusive com relação ao psicofármaco prescrito pelo médico. O manejo inadequado da modalidade relacional apresentada por pacientes adolescentes, no contexto clínico, pode invalidar nossas melhores tentativas de obter a cura e promover a saúde. Considerando o momento evolutivo especial que é a adolescência, a prevenção primária é fundamental, como também a atitude de evitar iatrogenias. Problemas podem ser evitados pela compreensão do que é adolescência normal e pela aplicação clínica do conceito de modalidades relacionais. Acreditamos que nosso trabalho possa dar uma contribuição neste sentido.

---

"Para aliviar desesperada enfermidade/  
Temos que usar desesperada medicina:/  
Outra não há"

Shakespeare(1564-1616)

Hamlet, Ato IV,

palavras do rei (119)

A N E X O S

MODELOS DE FICHAS E ESCALAS

\* NORMAS DE PREENCHIMENTO

\*CRITÉRIOS DE JULGAMENTO

## FICHA - RESUMO / ENTREVISTA

Paciente: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Encaminhado: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_ Migração: \_\_\_\_\_

Informante: \_\_\_\_\_ ( )veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Condições da habitação e moradia: \_\_\_\_\_

Irmãos: \_\_\_\_\_

Posição na ordem de nascimento: \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_

	Ocupação	Escolaridade
Paciente		
Pai		
Mãe		

Observações: \_\_\_\_\_

Gestação: \_\_\_\_\_

Parto: \_\_\_\_\_

Condições ao nascer: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_

Desenv. neuropsicomotor: \_\_\_\_\_

Infância: \_\_\_\_\_

Adolescência: \_\_\_\_\_

Queixa/motivo da consulta: \_\_\_\_\_

Resumo da história clínica: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Modalidade Relacional: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_

Escala de Gohram e Sherman: \_\_\_\_\_

Escala CGI: \_\_\_\_\_

Evolução: \_\_\_\_\_

Transcrição de fantasias com relação à medicação: \_\_\_\_\_

1. Paciente: colocar as iniciais do nome e sobrenome.
2. Número: colocar o número (de 1 a 31) que o paciente recebeu por ordem de participação na pesquisa.
3. Idade: colocar a idade que o paciente apresentava na época em que foi entrevistado pela primeira vez.
4. Sexo: assinalar masculino ou feminino. Anotar caso o paciente se apresente com vestes ou comportamento comuns no sexo oposto.
5. Encaminhamento: indicar instituição, serviço, profissional ou pessoa que orientou o paciente; caso tenha sido iniciativa do próprio paciente, colocar: o próprio paciente.
6. Procedência: indicar se o paciente veio de área rural, área urbana, de outro estado ou país. Utilizando um mapa rodoviário, indicar o número de quilômetros que dista o local de origem.
7. Migração: colocar se o paciente mudou de residência, e quantas vezes isto se deu; indicar se a migração foi interna ou externa, se o paciente mudou de estado ou país; se possível anote o motivo.
8. Informante: coloque o grau de parentesco da pessoa que dá as informações. Se o paciente veio só, coloque: o próprio paciente.
9. Veio só/Veio acompanhado: assinale com um X a opção ocorrida. Indique quem veio com o paciente, mesmo que essa pessoa não seja o informante.
10. Religião: coloque a religião ou crença filosófico-religiosa do paciente; informe se é ou não praticante; em caso de resposta negativa coloque: não segue religião. Se possível anote os casos em que o paciente segue religião diversa da de sua família.
11. Condições da habitação: indique se a habitação é casa, apartamento ou propriedade rural; se é própria, alugada ou cedida; se é de alvenaria, madeira, taipa (sopapo) ou outro tipo de material; se possui luz elétrica, água encanada, sistema de esgotos, calçamento na rua
12. Mora: indique se o paciente mora com a família de origem, com o cônjuge e filhos, sozinho, em pensão, quarto ou república, com parentes ou outras maneiras.
13. Irmãos: coloque o número de irmãos e posição do paciente na ordem de nascimento.
14. Ocupação e escolaridade do paciente e seus pais: utilize esse esquema:  
 analfabeto - sabe ler e escrever - 1º grau incompleto (indique série) - 1º grau completo - 2º grau incompleto (indique série) - 2º grau completo - cursinho vestibular - 3º grau incompleto (indique série) - 3º grau completo (indicar profissão).  


---

 Posição na ocupação principal: autônomo, empregado com função de supervisão ou chefia, empregado regular numa firma ou empresa, emprego temporário, ocupação em área rural, não trabalha, trabalha sem remuneração, desempregado, invalidez ("encostado" na previdência social), aposentado, dona-de-casa, emprego doméstico.  


---
15. Renda familiar: indique em número de salários-mínimos qual é a renda do paciente e de seus familiares, todos juntos. Se possível indique se a relação econômica do paciente com relação à família é de independência, dependência ou ajuda.  
 Estado de Saúde de familiares mais próximos: enfermidades, síndromes hereditárias, "causa mortis", doenças transmissíveis.

16. Gestação: indique se a gravidez do paciente foi ou não desejada, se havia expectativa quanto a nascer homem ou mulher, as condições da mãe durante a gravidez (sono, enjôo/vômitos, traumatismos, contrariedades, enfermidades)
17. Parto: indicar se houve parto normal ou procedimento cirúrgico (fórceps, cesariana), apresentação cefálica, pélvica ou córmica, parto prolongado, hemorragia, qualquer anormalidade ou patologia.
18. Condições ao nascer: índice de Apgar, se conhecido, ou informações sobre choro, movimentação ativa, reflexos, cor da pele e mucosas. Descrição do recém-nascido e cuidados de que necessitou.
19. Alimentação: aleitamento natural ou artificial, problemas com a alimentação (apetite, manifestações alérgicas, dietas especiais)
20. Desenvolvimento neuropsicomotor: indicar se houve evolução normal (sorriu/sentou/engatinhou/andou/falou/controla esfíncteres/motricidade). Se possível observar se o paciente teve desenvolvimento comparável ou não ao de seus irmãos.
21. Infância: indicar imunizações de rotina, doenças virais próprias da infância, outras doenças, traumas, acidentes, abuso sexual, violência, perdas significativas. Perguntar se houve uso prolongado de medicamentos e reação a estes.
22. Adolescência: indicar se o comportamento apresentado está dentro da Síndrome da Adolescência Normal ( ). Se possível, indicar reações dos familiares com relação às atitudes e comportamento do adolescente.
23. Queixa/motivo da consulta: de preferência utilize a transcrição literal da queixa apresentada pelo paciente e acompanhante. Anote data de início dos sinais e sintomas, fatores desencadeantes e associados.
24. Resumo da história clínica: anote o máximo de informações de forma resumida. Indique intercorrências e evolução/acompanhamento do caso. Se necessário utilize o verso da ficha.
25. Diagnóstico: estabelecer diagnóstico pelos critérios de Feighner e DSM III.
26. Modalidade Relacional: indique a modalidade relacional principal apresentada pelo paciente.
27. Tratamento: indicar se o paciente foi encaminhado à psicoterapia, que tipo de atendimento receberam seus familiares, se foi prescrita medicação. Neste caso, especificar o tipo de medicação, doses e horários.
28. Impressão Clínica Global (CGI): indique no quadro anexo qual o efeito terapêutico induzido pela medicação e a ocorrência de efeitos colaterais.
29. Escala de Gohram e Sherman: indique quantas entrevistas foram feitas com o paciente e as escalas que foram utilizadas (número).
30. Transcrição de fantasias com relação à medicação: perguntar ao paciente o que ele pensa e sente com relação à medicação, mesmo que não esteja fazendo uso no momento; encorajá-lo a expressar suas idéias e emoções a respeito de medicação, informando mais uma vez que se trata de uma pesquisa, e que as mesmas perguntas estão sendo feitas a outros jovens. O tempo é padronizado para todos os pacientes, e a seguir se faz a transcrição literal das fantasias apresentadas.

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois ítems que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois ítems.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este ítem levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

(Adaptado de escala desenvolvida por Lewis J. Sherman  
VAH, Brockton, Mass.)

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Nome do examinador \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:**

Nestas páginas encontram-se o começo de frases e quatro possíveis respostas, com as quais você pode terminar cada frase. Todas elas referem-se à medicação que você e outros pacientes têm recebido. Por favor, leia cada frase, e assinale na posição devida uma afirmação, a que estiver mais de acordo com a maneira que você se sente em relação ao tratamento medicamentoso. Ainda que mais de uma alternativa possa ser aplicável, marque somente a que mais se aproxima de seus sentimentos/impressões com relação à medicação.

Complete o seguinte exemplo e então continue:

Medicação

- A. Tem algo a ver com esporte
- B. Significa: meios de conseguir remédio
- C. É um termo usado em lei
- D. É o mesmo que educação

1. Desde que eu comecei a usar medicação

- A. Eu tenho tomado comprimidos
- B. Eu me sinto sonolento
- C. Eu me sinto pior
- D. Eu me sinto melhor

2. Eu uso medicação porque

- A. Sou forçado a tomá-la
- B. Eu quero me sentir bem
- C. Eu quero aumentar de peso
- D. Este é um lugar onde se toma remédios (hospital)

3. Algumas vezes a medicação:

- A. Me faz sentir mais doente
- B. Precisa de água para ser engolida
- C. Me ajuda a descontraír
- D. Me deixa tonto

4. Quando eu uso minha medicação

- A. Eu fico firme
- B. Sinto-me melhor
- C. Sinto-me entorpecido
- D. Sinto-me pior

5. Eu uso medicação porque

- A. Ela me faz ficar com sono
- B. Eu quero melhorar
- C. Sou forçado a tomá-la
- D. Ela me faz ficar atento

6. Eu sinto que a medicação

- A. Dá vontade de melhorar
- B. É parte do tratamento do hospital
- C. Não me faz nenhum bem
- D. Me deixa cansado

7. Com a medicação

- A. Eu bebo água
- B. Eu me sinto pior
- C. Eu sinto tontei ras
- D. Eu me sinto melhor

8. Por causa da medicação
- A. Eu não me sinto bem
  - B. Eu me sinto melhor
  - C. Eu me sinto novamente atento
  - D. Eu fico sonolento
9. O fato de usar a medicação
- A. Ajuda a me sentir melhor
  - B. Significa que a enfermeira dá medicação
  - C. Torna meus olhos borrados
  - D. Não me ajuda
10. O fato principal sobre medicação é
- A. Eu a tomo tres vêzes ao dia
  - B. Ela me faz sentir pior
  - C. Ela me faz ficar com sede
  - D. Ela me ajuda a sentir bem
11. Sem a medicação
- A. Eu fico nervoso e irritado
  - B. Eu me sinto bem
  - C. Não há comprimidos
  - D. Não fico me sentindo tonto ou com sono
12. Logo após tomar minha medicação
- A. Eu me sinto grogue
  - B. Não fico atento
  - C. Sinto-me pior que antes
  - D. Sinto-me melhor
13. Medicação
- A. É necessária a um hospital
  - B. É boa para mim
  - C. Me faz sentir sonolento
  - D. Não tem nenhum valor
14. Minha opinião sobre tomar medicação é
- A. Gosto muito de tomá-la
  - B. Gosto um pouco de tomá-la
  - C. Não gosto muito de tomá-la
  - D. Não gosto nem um pouco de tomá-la

INSTRUÇÕES:

Nesta página estão o começo de frases. Referem-se à medicação que você e outros pacientes têm recebido; outras referem-se a itens de informação geral. Por favor, complete cada uma destas frases com qualquer idéia que venha à sua mente.

1. Desde que ele começou a tomar medicação...
2. Seu principal objetivo na vida...
3. Pacientes usam medicação porque...
4. Trabalhando por você mesmo...
5. Algumas vezes a medicação...
6. Ele pensa que o seu futuro...
7. Quando ele usa sua medicação...
8. Quando lhe dizem que poderia ser independente, ele...
9. Eu uso medicação porque...
10. Depois que descobriu que teria de terminar o trabalho por si mesmo, ele...
11. Ele sente que a medicação...
12. Quando sua mulher assumiu a responsabilidade...
13. Com a medicação...
14. Sua frustração fez com que ele...
15. Por causa da medicação...
16. Não achando ninguém que pudesse ajudá-lo, ele...
17. O fato de usar medicação...
18. Acreditando que outras pessoas estivessem esperando por ele para começar, ele...
19. O fato principal sobre medicação é...
20. Quando se ofereceram para ajudá-lo, ele...
21. Sem a medicação...
22. As principais coisas sobre o adoecer...
23. Logo após tomar sua medicação...
24. Acreditando pela primeira vez que, agora, era independente, ele...
25. Medicação...

CRITÉRIOS DE JULGAMENTO - ATITUDES COM RELAÇÃO À MEDICAÇÃO (\*)ITENS MEDICAÇÃO

## 1. Desde que ele começou a usar medicação

Atitude positiva: sente-se melhor, mais calmo, restabelecido, menos nervoso, bem, relaxado. Qualquer melhora específica.

Atitude negativa: sente-se pior, não está bem, não houve mudança, não gosta do tratamento, continua doente

Efeitos colaterais: sonolência, inércia, cansaço, lentidão, sente-se parado, preguiçoso

Neutro: evasivo, resposta irrelevante ou psicótica, ambivalente, ex: muito bem, mas.../bem e mal, mais ou menos, nem bom nem ruim.

## 3. Pacientes usam medicação porque

Atitude positiva: reconhecimento da doença. Ex: pacientes necessitam de medicação, a medicação ajuda, os faz sentir melhor, faz bem a eles, é boa para eles, e isso porque estão tensos, nervosos, doentes.

Atitude negativa: pressão externa, ex: o médico dá ordens os pacientes têm que obedecer, é exigido dos pacientes, é dado a eles, todos devem tomar medicação.

Neutro: benefício duvidoso, ex: supõe-se que ajude. Resposta evasiva, irrelevante ou psicótica.

## 5. Algumas vezes a medicação é

Atitude positiva: ajuda, faz com que você se sinta bem, melhora você, é boa, relaxa. Qualquer melhora específica.

Atitude negativa: faz você sentir-se doente, pior, não ajuda, não é boa, não tem efeito, ou tem efeito medíocre.

Efeitos colaterais: torna você sonolento, parado, inerte,

---

(\*) Lewis J. Sherman, Ph. D., VA Hospital, Brockton, Mass.

cansado, sedento, fraco, estranho.

Neutro: resposta evasiva, irrelevante ou psicótica, ex: ainda mais do que em outras vezes, é bom se funciona. Resposta ambivalente: muito bem, mas...

#### 7. Quando ele usa sua medicação

Atitude positiva: sente-se melhor, mais relaxado, menos tenso, melhorado, sente-se bem, acha bom. Qualquer melhora específica.

Atitude negativa: Sente-se pior, doente, não está melhor, não notou diferença, não quer, ou não gosta.

Efeitos colaterais: sonolência, cansaço, sente-se "grogue" sente necessidade de dormir.

Neutro: resposta evasiva, irrelevante ou psicótica. Ex: ele toma água, senta-se.

#### 9. Eu uso medicação porque

Atitude positiva: reconhece a doença, ex: eu necessito da medicação, ela me ajuda, torna-me melhor, me faz bem, é boa para mim, e isso porque estou tenso, nervoso, doente.

Atitude negativa: pressão externa, ex: o doutor ordenou que tomasse, eu tenho que..., exigem que eu..., todos devem tomar, todos têm que tomar, dão para mim.

Neutro: benefícios duvidosos, ex: supõe-se que ajuda. Resposta evasiva, irrelevante ou psicótica.

#### 11. Ele sente que a medicação

Atitude positiva: ajuda, faz com que se sinta melhor, é boa, relaxa, cura. Qualquer melhora específica.

Atitude negativa: não é boa, faz com que fique doente ou pior, não o ajuda, pode passar sem a medicação

Efeitos colaterais: faz com que se sinta cansado, sonolento, sedento, pesado, preguiçoso, moroso, indolente

Neutro: resposta evasiva, irrelevante ou psicótica, ex: quando ele toma a medicação...; resposta ambivalente do tipo: nem bom nem ruim, mais ou menos, muito bem, mas...

Atitude positiva: sente-se melhor, está melhorando, sente-se bem, relaxado, é ajudado.

Atitude negativa: sente-se pior, doente, nada bem; não há mudanças, nada diferente, a mesma coisa.

Efeitos colaterais: sonolência, inércia, cansaço, ganhou peso, sente a boca seca, etc.

Neutro: resposta evasiva, irrelevante, psicótica, ex: ele toma água, ele é tratado. Resposta ambivalente: mais ou menos, bom e ruim, muito bem, mas...

## 15. Por causa da medicação

Atitude positiva: sente-se melhor, bem, relaxado, saudável, sem sintomas, está deixando o hospital. Qualquer melhora específica.

Atitude negativa: faz com que se sinta doente, pior, infeliz, não vê nenhuma melhora, nenhuma mudança, não se sente bem, ainda está no hospital.

Efeitos colaterais: sente-se cansado, sonolento, memória deficiente, com preguiça.

Neutro: resposta evasiva, irrelevante ou psicótica; resposta ambivalente.

## 17.0 fato de usar medicação

Atitude positiva: tem ajudado, tem feito bem a ele, melhorou, está feliz, está bem.

Atitude negativa: faz com que ele se sinta doente, pior, infeliz, não ajudou, não fez nenhuma diferença, ele não precisa da medicação, pode ser prejudicial, ou não significa nada.

Efeitos colaterais: fez com que ficasse sonolento, cansado, ou outros efeitos.

Neutro: resposta evasiva, irrelevante ou psicótica, ex: é verdade. Resposta ambivalente.

## 19.0 fato principal sobre medicação é

Atitude positiva: ajuda, é boa, faz você se sentir me-

lhor, ajuda a relaxar, melhora você, traz benefícios. Qualquer melhora específica.

Atitude negativa: faz com que você se sinta doente, pior, prejudica, ou não faz diferença alguma.

Efeitos colaterais: faz com que se sinta cansado, sedento, sonolento.

Neutro: resposta evasiva, irrelevante ou psicótica. Ex: são seus efeitos, é para tomar na hora certa. Benefício duvidoso, por ex: vamos supor que a medicação ajude; eles dizem a você que é bom. Resposta ambivalente, ex: tudo bem, mas...

### 23. Logo após tomar sua medicação

Atitude negativa: sente-se doente, pior, não melhorou, cuspiu fora, não se sentiu diferente do que estava antes.

Atitude positiva: sentiu-se melhor, bem, ótimo, relaxado, sensação de bem estar. Qualquer melhora específica

Efeitos colaterais: sentiu sono, cansaço, entorpecimento, lentidão, sede.

Neutro: resposta evasiva, irrelevante ou psicótica, ex: bebo água, sento-me. Respostas ambivalentes, ex: bom e mau, mais ou menos.

### 25. Medicação

Atitudes positivas: é boa, ajuda, é ótima, beneficia, melhora, saudável. Qualquer melhora específica.

Atitude negativa: deixa pior, doente, não tem valor, prejudica, não apresenta efeito, de nada adianta, é má, danosa.

Efeitos colaterais: faz dormir, deixa cansado, entorpecido, sedento.

Neutro: resposta evasiva, irrelevante, psicótica, ex: são pílulas, é boa para as pessoas, é dada pela enfermeira. Respostas ambivalentes, ex: bom e mau, mais ou menos, muito bem, mas...

---

ATITUDES COM RELAÇÃO À MEDICAÇÃO:ITENS INDEPENDÊNCIA-DEPENDÊNCIA (\*)

## 4. Trabalhando por você mesmo

Independência: Resposta emocional positiva. Ex: bom, ótimo.

Dependência: Resposta emocional negativa. Ex: fica inseguro, é opressivo, tem mais aborrecimentos, requer mais iniciativa, é um desafio.

Neutro: ambivalente. Ex: tudo bem, mas..., bom e mau, mais ou menos.

## 6. Ele pensa que o seu futuro

Independência: depende dele próprio

Dependência: Negativa. Ex: ficará desprotegido, infeliz, dependente dos outros, indeciso, vazio.

Neutro: positiva. Ex: será bom, agradável

## 8. Quando lhe dizem que poderia ser independente, ele

Independência: concordou. Ex: agiu, fez o melhor, tentou  
Resposta emocional positiva. Ex: ficou feliz, orgulhoso, concordou, disse que sim.

Dependência: mostra-se dependente, procura ajuda.  
Resposta negativa. Ex: trabalho suportado, sofrido, dúvida de si mesmo, triste, sentimentos de inadequação.

Neutro: não disse que sim nem que não, mais ou menos.

## 10. Depois que descobriu que teria de terminar o trabalho por si mesmo, ele

Independência: fez o trabalho, trabalhou duro, tentou fazer, esforçou-se.

Dependência: procurou ajuda, abandonou tudo, desistiu, ficou nervoso, doente, foi para casa.

---

(\*) Adaptado do Teste de Completar Sentenças Stotsky-Weinberg (144)

12. Quando sua mulher assumiu a responsabilidade

Independência: resposta emocional negativa. Ex: ficou zangado, ressentido, aborrecido, sentiu raiva, deixou o cargo.

Dependência: passividade, ex: dorme, descansa, não se incomoda, concorda com a situação, obedece.  
Resposta emocional positiva: ficou feliz, alegre.

Neutro: resposta ambivalente, sim e não.

14. Sua frustração fez com que ele

Independência: trabalhasse com mais afinco, tentasse novamente.

Dependência: resposta emocional. Ex: ficou triste, com raiva, abandonou suas responsabilidades, culpou a si mesmo, culpou os outros ou as circunstâncias, largou tudo.

Neutro: sim e não, bom e mau.

16. Não achando ninguém que pudesse ajudá-lo, ele

Independência: ajudou a si mesmo, agiu sozinho

Dependência: desistiu, não fez nada, largou, esperou por ajuda. Respostas emocionais.

Neutro: mais ou menos, nem sim nem não.

18. Acreditando que outras pessoas estivessem esperando por ele para começar, ele

Independência: concordou, apressou-se, correu, tornou-se atento, eficiente, agiu logo.

Dependência: ficou ansioso, confuso, indeciso, sentiu-se despreparado, deixou tudo, recusou-se a ir.

Neutro: resposta ambivalente, nem bom nem mau.

20. Quando se ofereceram para ajudá-lo, ele

Independência: recusou. Resposta emocional negativa; trabalhou com mais vontade, não quis ajuda

Dependência: aceitou. Resposta emocional positiva.

Neutro: mais ou menos.

## 22. As principais coisas sobre o anoitecer

Independência: resposta emocional positiva. Ex: significa descanso, diversão, relaxamento, fazer o que deseja, brincar com as crianças.

Dependência: resposta emocional negativa. Ex: acha difícil relacionar-se com as pessoas, não sabe o que fazer.

Neutro: mais ou menos, nem bom nem ruim, sim e não.

## 24. Acreditando pela primeira vez que, agora, era independente, ele

Independência: resposta emocional positiva. Ex: ficou feliz, agradecido. Limitação positiva: persistiu, trabalhou com mais afinco, fêz o melhor que pôde.

Dependência: resposta emocional negativa. Ex: ficou nervoso, confuso, sentiu-se ameaçado, perdeu o interesse, falhou.

Neutro: resposta ambivalente, nem sim nem não, mais ou menos.

Observações: como respostas neutras consideramos também as respostas evasivas, irrelevantes ou psicóticas.

O item nº 2 (Seu principal objetivo na vida é...) não consta nestes critérios. Sua transcrição, com respostas de 31 pacientes, está em anexo.

"Hay que ser loco para ponerse en manos de  
un siquiatra"

Sofocleto (1926- )  
"Sinlogismos" (119)

FICHAS-RESUMO E ESCALAS CGI DOS 31 PACIENTES

Paciente: ML nº: 01 Idade: 17 Sexo: F Encaminhado: pais  
 Procedência: interior de MG Migração: 3ª vez que a família se muda  
 Informante: Pac./mãe ( )veio só (x)veio acompanhado por: pais  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: de alvenaria, própria, mora com os pais e um irmão mais moço Irmãos: 01  
 Posição na ordem de nascimento: 1ª Renda Familiar: 20 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	1ª/2º grau
Pai	hotelaria	1º grau compl.
Mãe	do lar	2º grau compl.

Observações: teve catapora e rubéola. Com 4 anos caiu de uma árvore, ficando desacordada por 2 h. EEG normais.

Gestação: normal. O pai desejava uma menina.

Parto: normal.

Condições ao nascer: normal

Alimentação: sem anormalidades. Foi amamentada no peito 2 meses.

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: foi afastada da mãe por 3 meses no 1º ano de vida (a mãe teve tuberculose). Dormiu no quarto dos pais até os 4 anos. Episódios de furto.

Adolescência: dois abortos nos últimos dois anos. Mentiras e roubos frequentes.

Queixa/motivo da consulta: os pais se queixam das mentiras e roubos

Resumo da história clínica: desde pequena tira dinheiro da carteira do pai, mexe "nos guardados" da mãe. Mentiras convincentes. "Apanhou muito e não consertou" "Faz tudo para provocar a gente" "A gente fica com vergonha", diz a mãe, que apesar disso parece se orgulhar da "esperteza" da filha: "ela é moça, bonita, tem que aproveitar é agora, tira dinheiro para comprar doces, sapatos e roupas da moda, o pai dela é um unha-de-fome". ML tem mantido atividade sexual com diferentes parceiros desde que seu primeiro namorado morreu. Na mesma época (ML tinha 15 anos) também morreu uma amiga com quem ela mantinha relações sexuais.

Diagnóstico: personal. psicopát. Modalidade Relacional: psicopática

Tratamento: não foi medicada; encaminhada à psicoterapia individual.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: abandonou o tratamento, dizendo em casa que recebera alta.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Deixa eu pensar... gosto mais ou menos, mais para menos (ri). Às vezes eu acho que o remédio vai me fazer sentir mal. Me sentir diferente" "O médico receita, de repente receitou o remédio errado, não dá para saber" "Não gosto muito de tomar remédio" "Acho que o remédio a gente só deve tomar quando precisa, tem uns que sentem qualquer coisa tomam, tem uns que nem vão em médico, tomam por conta própria; às vezes enjoa, canso de tomar, às vezes esqueço de tomar, às vezes eu tomo porque é necessário".

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número onde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/> Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: EPS nº: 02 Idade: 17 Sexo: F Encaminhado: pastor  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: paciente ()veio só ()veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: crente Condições da habitação e moradia: alvenaria, mora com os pais. Casa própria. Irmãos: 03  
 Posição na ordem de nascimento: 1ª Renda Familiar: 4 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	1ª/2ª grau
Pai	mecânico	1ª grau incom.
Mãe	professora	2ª grau comp.

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gestação: normal (os pais se casaram por causa desta gravidez)

Parto: normal/circular de cordão

Condições ao nascer: arroxçada, chorou logo

Alimentação: normal

Desenv. neuropsicomotor: demorou a andar (18 meses)

Infância: "boa filha". Não conseguia se separar da mãe, seguindo-a por toda parte. A mãe nunca pode trabalhar fora (pai e filha não queriam)

Adolescência: um surto psicótico com internação quando o primeiro namorado a deixou (14 anos). A partir daí medicada constantemente.

Queixa/motivo da consulta: quer melhorar do "nervoso/dos tremores"

Resumo da história clínica: quando fica tensa apresenta sudorese, tremor desmaios, chega a se arranhar. Detesta a mãe e diz sentir desejo sexual pelo pai, mas diz também que isso é loucura, coisa do diabo. O pastor a aconselhou, disse que precisava fazer terapia, mas só com um psicólogo da mesma religião, senão ela iria piorar. Masturba-se compulsivamente, o que também acha coisa do diabo, sofre de insônia e não consegue namorar: logo nos primeiros encontros pergunta qual é a religião dos rapazes, e se estão "a fim de casar". A mãe disse que é isso que assusta os rapazes. Uma tentativa de suicídio por ingestão de comprimidos.

Diagnóstico: person. "borderline" Modalidade Relacional: esquizóide

Tratamento: Stelazine 2mg 1-0-0-1 e Lexotan 6 mg 1-0-0-1 /encaminhada à psicoterapia individual.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: diz sentir-se bem, relata melhoras, mas clinicamente permanece inalterada.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "quando penso um remédio penso no que ele pode fazer mal" "eu preciso de remédio, sem remédio passo mal, mas fico com medo depois de ter filho, será que pode sair um monstro com defeito? Esses remédios são fortes, enfraquecem a gente" "Penso em intoxicação do sangue, mas também é bom, porque relaxa. Prefiro remédio natural" "As vezes dá uma ânsia; ah, que horror, ter que engolir assim esses comprimidos" "Sem a medicação fico desesperada, acho que vou piorar, que vai me dar uma coisa, ficar louca Quando vejo falar em remédio, acho ruim. Se pudesse não tomaria remédio nunca" Acho que vai relaxar; que vai fazer mal para o sangue e o fígado" "Não gosto de tomar remédios, apesar de fazer o bem também faz mal"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: VAS nº: 03 Idade: 19 Sexo: M Encaminhado: mãe  
 Procedência: zona rural PR Migração: sim (PR-SP)  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por:  
 Religião: não tem Condições da habitação e moradia: alvenaria, própria. Mora com os pais. Irmãos: 04  
 Posição na ordem de nascimento: 2º Renda Familiar: 8 sal. min.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	aux. escrit.	3 <sup>o</sup> /2 <sup>o</sup> grau
Pai	ex-ferrov.	1 <sup>o</sup> grau compl.
Mãe	costureira	1 <sup>o</sup> grau compl.

Observações: o pai é ex-ferroviário aposentado, separou-se da mãe mas mora no "quartinho dos fundos" da casa, pouco participa da vida familiar.

Gestação: normal

Parto: de cócoras

Condições ao nascer: normal

Alimentação: amamentado pela mãe 3 meses.

Desenv. neuropsicomotor: não sabe informar

Infância: lembra-se de ter tido vários tombos, nenhum com fraturas; roía unhas. Teve sarampo, caxumba e coqueluche.

Adolescência: repetiu duas vezes a 7ª série. Tem amigos, não amigos íntimos. Não se relaciona bem com o pai.

Queixa/motivo da consulta: a mãe o forçou a vir

Resumo da história clínica: VAS engravidou uma moça em novembro do ano passado, gostava muito dela, queria se casar. Mas a moça fez aborto "não quis ficar comigo nem com o nenem". VAS entrou em depressão, teve "vontade de matá-la", começou a ter pesadelos, e sonhos nos quais se sentia imbuído de uma tarefa messiânica, de salvar a humanidade, mas quando acordava não lembrava o que era tão importante. Sabia que era muito perseguido por isso, queriam matá-lo, ele sentia que precisava sobreviver porque o mundo dependia dele. Fez uso exagerado de drogas e álcool, "caiu na sarjeta", emagreceu 15 quilos, recusou-se a tratar dos dentes, e "quase fi-

Diagnóstico: est. depressivo Modalidade Relacional: obsessiva (vers)

Tratamento: Valium 10 mg 1-0-1-0 substituído posteriormente por Anafranil 25 mg 1-0-0-1 e Lexotan 3 mg 0-1-0-1, e psicoterapia individual

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: melhora do quadro clínico. Alta em tres meses, motivada por transferência de emprego ("entregador de leite")

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Eu acho que remédio demais faz mal à gente, interfere no organismo" "Sei lá, às vezes não sinto, parece que não muda nada, não sei se a gente percebe a diferença" "Me disseram que ia demorar, vai pouco a pouco. Tem remédio que dá para sentir a melhora na pele. Não gosto de antibiótico, a gente toma muito, e quando precisa mesmo não vale nada; manda tomar um tanto, quando acho que já está bom eu paro"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	<input checked="" type="checkbox"/> 07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: GPP nº: 04 Idade: 15 Sexo: M Encaminhado: mãe  
 Procedência: Campinas Migração: do interior de MG (aos 4 anos)  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: alvenaria, alugada, mora com a mãe Irmãos: 03  
 Posição na ordem de nascimento: último Renda Familiar: 2,5 sal.mín

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	vendedor	8ª/1º grau
Pai	aposent.	sabe ler/escr.
Mãe	do lar	1º grau incom.

Observações: pais separados. Os tres irmãos mais velhos (dois homens e uma mulher) são casados. GPP detesta a irmã.

Gestação: não desejada ("éramos muito pobres")

Parto: difícil (não sabe informar detalhes)

Condições ao nascer: arroxado, chorou.

Alimentação: não relata problemas. Foi desmamado aos 2 meses.

Desenv. neuropsicomotor: não informa. Lembra-se de ter sido briguento.

Infância: história de agressividade, quando criança. Reagiu mal à mudança de casa (pesadelos). Múltiplos contatos sexuais, em que foi penetrado

Adolescência: Bom aluno, aprende idiomas facilmente. Contatos homossexuais desde os 5 anos, parceiros mais velhos.

Queixa/motivo da consulta: a mãe obrigou "para sarar da pouca vergonha"

Resumo da história clínica: a mãe descobriu que ele vinha mantendo relações com dois amigos do bairro. Antes fôra o pai do namorado de sua irmã, e muitos outros. GPP diz que não pretende alterar sua conduta, disse à mãe: "desista". É cheio de maneirismos, voz bitonal, unhas pintadas, cabelos com um corte extravagante. Parece muito pouco à vontade, com braços e pernas firmemente cruzados. São evidentes traços psicóticos.

Diagnóstico: provável homossex. Modalidade Relacional: esquizóide

Tratamento: Haldol 5 mg 1-0-0-1, Akineton 1-0-0-0/encaminhado à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: no seguimento houve melhora moderada, mostrando-se o paciente melhor adaptação. Bom vínculo c/terapeuta, mas com ambivalência/dependên

Transcrição de fantasias com relação à medicação: /cia acentuada.

"Sinto enjojo quando tomo comprimidos. Quando tomo não penso nada. Faz mais bem do que mal, não sei. Fico com medo de tomar, e não fazer bem. Que é necessário tomar quando receitam, quando está doente"  
"Comprimidos não, dão enjojo". Injeção não dá enjojo, nem xarope, nem conta-gotas"  
"Esse remédio está acabando comigo. A boca fica esquisita, não fico legal de pé, e os olhos avermelhados. Fui falar com o doutor e eke dobrou o número de comprimidos. Estou ruim de tudo. Isso é muito forte para mim".

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois ítems que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois ítems.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este ítem levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número anexo os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	<input checked="" type="checkbox"/>	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: MHIN nº: 05 Idade: 15 Sexo: M Encaminhado: colégio  
 Procedência: Campinas Migração: não (mudou-se, só de casa, 2 vezes)  
 Informante: paciente (x) veio só ( ) veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: nenhuma Condições da habitação e moradia: alugada, alve-  
 naria, rua descalça, mora com a mãe Irmãos: não  
 Posição na ordem de nascimento: único Renda Familiar: 2 sal.min.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	—	1º/2º grau
Pai	não sabe	não sabe
Mãe	func. públ.	2º grau

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gestação: difícil

Parto: a mãe sentiu-se mal e o parto demorou muito

Condições ao nascer: não sabe

Alimentação: não sabe informar

Desenv. neuropsicomotor: não sabe informar. Relata "desmaios"

Infância: toma remédios desde criança devido aos desmaios. Não se re-  
 corda dos desmaios.

Adolescência: faz curso de computação, é aluno regular, arredio, espera  
 todos irem embora para então deixar a classe. Diz que tem medo, mas não

Queixa/motivo da consulta: a professora encaminhou /sabe de que.

Resumo da história clínica: Os colegas troçam dele, do andar desengonça-  
 do e do jeito ausente. Tem bastante habilidade com o computador, mas não  
 se relaciona com os colegas. A mãe "não liga muito para o que acontece"  
 Ele fica em casa sozinho quase que o tempo todo. Disse que veio à con-  
 sulta "porque os remédios acabaram e a mãe conversou com a professora".

Diagnóstico: provável esquizofr. Modalidade Relacional: paranóide

Tratamento: Stelazine 2 mg 1-0-1-0, reajustado a seguir para 1-0-1-1 e  
 psicoterapia individual

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: no seguimento apresentou pouca melhora, porém relacionando-se  
 mais afetivamente com a equipe terapêutica.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Fico quieto, esperan-  
 do alguém me dar o remédio. Não pego para tomar, porque não tenho von-  
 tade de tomar remédio. Porque com ou sem remédio é a mesma coisa, mesmo  
 estado. Quando me mandam tomar, eu fico achando que não precisa"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: FAS nº: 06 Idade: 14 Sexo: M Encaminhado: pai  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante pac./pai ( ) veio só (x) veio acompanhado por: pai  
 Religião: crente (\*) Condições da habitação e moradia: alvenaria, rua  
descalça, própria, mora com os pais e um irmão Irmãos: 01  
 Posição na ordem de nascimento: 2º Renda Familiar: 8 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	office-boy	inicia 2º grau
Pai	(**)	sabe ler/escr.
Mãe	do lar	1º grau inc.

Observações: (\*) Igreja Quadrangu-  
lar.

(\*\*) pequeno produtor rural

Gestação: desejada

Parto: normal

Condições ao nascer: pés tortos, teve que engessar logo após nascer.

Alimentação: sem problemas

Desenv. neuropsicomotor: "considerando problema, foi bem" (o pai)

Infância: resfriados frequentes, 2 pneumonias c/hospitalização.

Adolescência: Dores de dente que muito o incomodam. Vai bem na escola,  
e como guardinha é estimado pelos patões, diz o pai.

Queixa/motivo da consulta: o pai descobriu que manteve rel.homossexuais

Resumo da história clínica: o pai surpreendeu ele e um colega em coito,  
nos fundos da casa, o pai disse que não se conforma "porque esse cara  
estava servindo de mulher" para o colega, "se fizesse papel de homem  
tudo bem". FAS ficou vermelho, porém se manteve aborrecido e calado du-  
rante toda a entrevista. Concordeu em colaborar com a pesquisa mas não  
olhou para mim.

Diagnóstico: Adol.normal Modalidade Relacional: paranóide

Tratamento: Não recebeu medicação. Enc. à psicoterapia individual.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: recebeu alta em tres meses

Transcrição de fantasias com relação à medicação: FAS disse que se  
referia a analgésicos e vitaminas. "Acho que o remédio é bom, sim. Aju-  
da bem a desenvolver, assim, se a pessoa estiver doente" "Não acho im-  
portante tomar remédio. Porque não sei. Acho que não modifica nada. Pode  
dar mais sono. Se me medicaram, sinto que tenho que tomar. Se dependesse  
só de mim eu não tomava"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: 07 nº: LPM Idade: 13 Sexo: F Encaminhado: Dermatologia (HC)  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: mora num sítio casa de taipa/cimento, dorme no emprego Irmãos: 03  
 Posição na ordem de nascimento: 3ª Renda Familiar: não sabe

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	babá	1º grau compl.
Pai	não sabe	não sabe(*)
Mãe	do lar	1º grau inc.

Observações: (\*)a mãe separou-se do pai e agora tem um companheiro que tentou seduzir LPM (porisso resolveu dormir no emprego)

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: não sabe

Alimentação: acha que foi tudo bem

Desenv. neuropsicomotor: não sabe

Infância: sarampo, coqueluche. Sem anormalidades ou acidentes.

Adolescência: remissões e recidivas de psoríase motivadas por tensão emocional.

Queixa/motivo da consulta: encaminhamento da Dermatologia (psoríase)

Resumo da história clínica: a psoríase começou há dois anos e meio, logo após a menarca. O padrasto tenta ter relações com ela, que optou por sair de casa. Não contou à mãe. A mãe lamenta que o emprego não permita que ela estude, pois era ótima aluna, "só tirava dez". A paciente aparenta ter mais idade do que realmente tem.

Diagnóstico: histeria (conversão) Modalidade Relacional: simbiótica

Tratamento: não foi medicada com psicofármacos. Prosseguiu o tratamento na Dermatologia. Encaminhada à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: a paciente teve alta com remissão completa das lesões psoriáticas dos joelhos, cotovelos e nuca.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "às vezes acho que remédio não adianta nada. Aí penso que é da cabeça da gente, porisso mandaram eu aqui, mas eu não sinto nada diferente. É só essas coisinha que dá na pele, nos braços e no cabelo, incomoda, mas parece que o remédio às vezes melhora, às vezes não"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/> Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: AC nº: 08 Idade: 17 Sexo: F Encaminhado: colégio  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: pac./mãe ( ) veio só (x) veio acompanhado por: mãe  
 Religião: crente Condições da habitação e moradia: alvenaria, alug.,  
mora com pais e irmãos Irmãos: 02  
 Posição na ordem de nascimento: 1ª Renda Familiar: não sabem

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	balconista	8º/1º grau
Pai	aposentado	sabe ler/escr.
Mãe	doméstica	1º grau inc.

Observações: pac. desempregada

Gestação: normal. A mãe teve "alergia" ao marido.

Parto: na véspera a mãe se aborreceu muito com a sogra, parto demorou

Condições ao nascer: roxa, não chorou logo, precisou de muitos cuidados

Alimentação: amamentada no peito "até nascerem os dentes"

Desenv. neuropsicomotor: com 20 meses parou de andar e só voltou com 3 a

Infância: Encoprese até 3 a., enurese até 4 a.

Adolescência: não permanece nos empregos, tentativas de suicídio.

Queixa/motivo da consulta: tentativa de suicídio ingerindo comprimidos

Resumo da história clínica: "quando o umbigo caiu (AC) teve sarampo e quase morreu" Pai alcoólatra, "não esquentar", não liga para os filhos. AC teve seis tentativas de suicídio engolindo comprimidos "para dormir" A mãe diz que tem que ficar vigiando. Sonhos violentos dos quais não se recorda, dorme até sentada "para não sonhar". Já bebeu muito, agora parou. Os amigos a consideram inútil, incapaz de arrumar um emprego, uma "moça que não ajuda a mãe".

Diagnóstico: Provável Depressão Modalidade Relacional: confusional

Tratamento: não foi feita medicação. Encaminhada à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: teve alta após sete meses de terapia, está empregada numa sapataria e pretende voltar a estudar. Único problema, as brigas com a mãe.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: Devido ao que fez, tentando se matar com remédios, diz ter medo do que possa estar acontecendo dentro de seu organismo. Não tem disposição para nada, toma remédio para ver se isso passa "mas piora". "Quando eu era criança ficava esperando alguém trazer o remédio. Quando tomo não penso nada. Acho que faz mais bem do que mal. Fico com medo de tomar e não me fazer bem".

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/> Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: NS nº: 09 Idade: 18 Sexo: M Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: paciente (x) veio só ( ) veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: não Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
mora com os pais e duas irmãs Irmãos: 02  
 Posição na ordem de nascimento: 1º Renda Familiar: 8 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	func. públ.	2º grau completo
Pai	aposentado	sabe ler/escrever
Mãe	do lar	2º grau completo

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: não sabe

Alimentação: acha que transcorreu tudo normalmente

Desenv. neuropsicomotor: dentro dos limites normais, segundo conta a mãe

Infância: com 1 ano caiu "de cabeça" e após esse ocorrido começaram com  
vulsões e ausências.

Adolescência: Sente cefaléia, às vezes vertigens e confusão, esquece  
muitas coisas.

Queixa/motivo da consulta: não se sente bem

Resumo da história clínica: Tentou o suicídio 1 vez com comprimidos, e  
sentiu depois as mãos paralisadas. Após um período de ano e meio que  
manteve normalmente relações sexuais com a namorada, recusou-se a qual-  
quer contato, porque "não se sentia bem". Não sabe porque age assim. Co-  
mo motivo de consulta disse também que era "uma coisa íntima", que é uma  
pessoa reservada, muito ansioso e deprimido. Viveu semi-interno em um  
seminário por 4 anos, até o início do 2º grau, quando "deu o basta". É  
muito reservado quanto a contatos físicos. Pai ausente, só chegava para  
dormir, agora tem "doença ruim". NS refere cefaléia e bolo histérico.

Diagnóstico: epilepsia Modalidade Relacional: hipocondríaca

Tratamento: Tentados 3 esquemas terapêuticos sem resultados, sentia-se  
"péssimo". Rivotril 2mg 1-0-1-1, com melhoras. Enc. à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: Não compareceu à psicoterapia. Retornou algumas vezes para  
obter receita do Rivotril, no mesmo esquema e doses.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "É triste ter de to-  
mar medicação anos e anos, envenena o sangue da gente, vai fazendo mal  
ao cérebro. Eu tentei já uma dieta de verduras e frutas que me ensina-  
ram em Sorocaba, mas não consegui manter. Em casa tomo mundo come ou-  
tras coisas" "Se o médico me disser que é bom, eu experimento o remédio.  
Agora, não gosto de tomar dois, três de uma vez, melhor um só. Só que lá  
no fundo eu sei que é a mesma coisa, tudo junto. O pior é que não sei  
se o problema é físico ou mental, que a senhora acha? Mas acho que  
não tem jeito, não"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	<input checked="" type="checkbox"/> 06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Fior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: MCS nº: 10 Idade: 19 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: sim, mudou de estado  
 Informante: paciente (  veio só (  veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: crente Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
rua descalça, mora com pais e irmãs, dorme no emprego Irmãos: 06  
 Posição na ordem de nascimento: 3ª Renda Familiar: não sabe

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	faxineira	5ª/1ª grau
Pai	aposent.	analfabeto
Mãe	do lar	sabe ler/escrever

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gestação: normal

Parto: normal, "de caroço" (ri)

Condições ao nascer: magra e muito pequena

Alimentação: amamentação no seio até 4 meses; difícil de se alimentar.

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: normal até aos 9 anos, quando a mãe a "entregou para ser criada" a uma família adotiva que a tratava como doméstica.

Adolescência: atividade sexual desde os 11 anos, mudanças constantes de emprego, uso de drogas, tres surtos com internação psiquiátrica.

Queixa/motivo da consulta: não sabe bem porque veio, está angustiada e confusa.

Resumo da história clínica: Aos onze anos, estupro por um rapaz de 17 de quem ela gostava; era filho do casal adotivo. Fugiu, mas a mãe lhe deu uma surra, disse que estava mentindo e a obrigou a voltar para o emprego, porque todos os irmãos "davam dinheiro em casa". Muitos envolvimento sexual com os homens das casas onde trabalhou, com perverções e uso de drogas. A morte de uma avó precipitou o primeiro surto psicótico; a única que a defendia. Trabalha como faxineira agora, e há um ano encontrou a religião certa: reza muito, jejua, tem amigos de verdade, largou drogas. Acha que é estéril por castigo. Está angustiada.

Diagnóstico: Depend. de drogas Modalidade Relacional: histérica

Tratamento: Stelazine 5 mg 1-0-0-1 / encaminhada à psicoterapia

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: tem muita vontade de voltar às drogas, sua igreja diz que é pecado. Houve melhoras. Trocou de psicoterapeuta duas vezes.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: Os remédios evitam que tenha devaneios, mas a deixam esquisita, "parece que tomei uma surra". "Acho que esses remédios estão me deixando oca por dentro, aí eu não posso ter filhos. No hospital me deram um que tirava a gente do chão, parecia pisar no ar." "As vezes vou na rua e não sei quem sou, saio descalça, não sei porque, sinto raiva queimar por dentro, não compreendo. Minha mãe é culpada, me deu como quem dá um gato" "O remédio ajuda a controlar o medo, mas me deixa boba, com dor no corpo". "Tem remédio que é forte demais, a gente não aguenta parar de pé. É remédio demais, não consigo comer. Precisa ver como eu estava ontem de manhã, como se fosse cair, minha mãe precisou me chamar duas vezes e ainda assim bati a cabeça na parede" (mostra o hematoma).

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	<del>04</del>
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: SGM nº: 11 Idade: 17 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por:  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: morou sempre  
 na mesma casa, alvenaria, pais e irmãos, todos juntos Irmãos: 04  
 Posição na ordem de nascimento: 3ª Renda Familiar: cerca de 10 sal.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	normalista (3ª)
Pai	aposentado	1º grau compl.
Mãe	do lar	1º grau completo

Observações: \_\_\_\_\_

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: não sabe

Alimentação: não sabe. Agora apresenta anorexia.

Desenv. neuropsicomotor: acha que foi como o dos irmãos

Infância: "tudo normal"

Adolescência: começou a lecionar este ano, está noiva.

Queixa/motivo da consulta: preocupação de ordem sexual

Resumo da história clínica: fez exame pré-nupcial e a médica lhe disse que ela tinha uma disfunção hormonal, isso a preocupa com relação a ter filhos. SGM é virgem e está com receio do noivo, que é impulsivo, lhe causar dano genital. Além disso não está certa se quer se separar de sua mãe, é a única filha mulher e a que ajuda em casa. A mãe "sofre do coração" e SGM teme que ela venha a morrer. O noivo vai herdar uma fazenda distante 65 km da cidade e ela só poderá ver a mãe de 15/15 dias. O noivo quer que ela não trabalhe, e ela gosta de lecionar. O último parto de sua mãe "foi horrível", demorado, SGM assistiu, a mãe quase mor-

Diagnóstico: Anorexia nervosa Modalidade Relacional: obsessiva (verso)

Tratamento: A início não foi medicada, iniciando psicoterapia. Mais tarde fez uso de Dogmatil 200mg 1-0-0-1 com bons resultados

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: vide verso

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Acho que remédio melhora a gente" "O fabricante fica rico e a gente drogada" "Eu queria dormir, melhorar do enjojo" "Fico louca quando me dizem que esse enjojo é gravidez, tenho vontade de matar" "Ah, quando eu vou tomar o remédio, a gente fica cada vez melhor" "Não gosto não, tomo para melhorar"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intenuidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- \* 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois ítems que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois ítems.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- \* 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este ítem levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	<del>03</del>	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: MCJ nº: 12 Idade: 17 Sexo: F Encaminhado: paciente

Procedência: Campinas Migração: não

Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_

Religião: espírita Condições da habitação e moradia: alvenaria, mora com o marido e um filho de meses Irmãos: 06

Posição na ordem de nascimento: 4ª Renda Familiar: não sabe

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	func.públic	2ªsérie/2ºgrau
Pai	aposent.	2º grau
Mãe	do lar	2º grau

Observações: MCJ passou no concurso de func.públ. mas aguarda ser chamada, está em casa.

Gestação: não sabe informar (a mãe não quer conversa s/esses assuntos)

Parto: idem

Condições ao nascer: idem

Alimentação: oposição à mãe

Desenv. neuropsicomotor: normal, como os irmãos

Infância: acha que tudo foi normal

Adolescência: casou-se grávida, tem um filho de meses.

Queixa/motivo da consulta: precisa tomar uma decisão importante

Resumo da história clínica: Refere dificuldade em ler, cefaléia tensional, problemas de digestão frequentes. Usa anticoncepcionais para não engravidar, o que irrita muito o marido. Não sabe se permanece com o marido, que "é muito bom pra mim" ou se separa para morar com a amante, uma moça solteira de 19 anos. MC parece estar sofrendo muito com a situação. Acha que se o marido souber, a matará. O relacionamento com N. começou quando MC era ainda solteira, uma "paixão maravilhosa", "acho que casei para fugir dela". A vida sexual com o marido é "por obrigação". O marido de MC é de família rica, e na casa dela sempre houve muita pobreza (cont)

Diagnóstico: Provável Homossexualidade Relacional: paranóide

Tratamento: Olcadil 2 mg 0-0-0-1 durante 1 mês e psicoterapia ind.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: não tivemos mais contato

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Quero saber de tudo quando tomo remédios, como poderei reagir. Sou malandra, às vezes não tomo como me mandam tomar. É comum que eu procure 2 médicos para ver se eles dizem a mesma coisa, mandam tomar a mesma coisa" "preciso de um remédio que me descansa e tranquiliza, emagreci, não estou dormindo, o nenem também não me deixa dormir"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades de paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	<del>08</del>
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: EMP nº: 13 Idade: 10 Sexo: M Encaminhado: HC  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: Pac./mãe ( )veio só (x)veio acompanhado por: sua mãe  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: casa própria,  
alvenaria, mora com a mãe, a irmã e o padrasto Irmãos: 01  
 Posição na ordem de nascimento: 1º Renda Familiar: 2 sal.min.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	2ª/1º grau
Pai	(*)	1º grau inc.
Mãe	doméstica	1º grau inc.

Observações: (\*)pai separou-se da mãe; padrasto não tem emprego fixo, compra e vende mercadorias.

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: chorou logo, pesou 2.800 g

Alimentação: a mãe: "não tive leite"; EMP "é enjoado" para comer.

Desenv. neuropsicomotor: lento

Infância: frágil, com infecções repetidas, aparência de desnutrido.

Adolescência: frequentou os ambulatórios de oftalmologia, pediatria, cardiologia, neurologia e fez muitos exames, todos normais

Queixa/motivo da consulta: cefaléia persistente

Resumo da história clínica: dores pelo corpo, especialmente na cabeça. a mãe acha que as queixas se relacionam às brigas do casal e aos ciúmes da irmã. "Não desgruda" da mãe, se ela manda fazer a lição vai resmungando, diz que a cabeça está doendo. Vai mal no colégio, já repetiu ano, tem "letra ruim", fantasias agressivas e medo.

Diagnóstico: histeria (conversão) Modalidade Relacional: fóbica

Tratamento: apenas sintomática, em outro ambulatório (AAS). Encaminhado à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicado

Escala CGI: aplicada

Evolução: continua em atendimento, com melhora do quadro clínico

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Acho que a medicação é necessária" "Me faz sentir melhor" "Me obrigam a tomar remédio quando eu estou doente"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois ítems que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois ítems.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este ítem levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades de paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: RPS nº: 14 Idade: 19 Sexo: M Encaminhado: Assist. Soc  
 Procedência: Campinas Migração: sim (dentro do mesmo estado)  
 Informante: paciente (x) veio só ( ) veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: está morando  
 numa república de estudantes, o pai sustenta estudos Irmãos: 03  
 Posição na ordem de nascimento: 3ª Renda Familiar: 9 sal. min.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	1ª/3ª grau
Pai	comerciante	sabe ler/escr.
Mãe	do lar	3ª grau incom.

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: seus parentes relatam que foi um bebê calmo e que

Alimentação: não dava trabalho, tinha de ser acordado para mamar

Desenv. neuropsicomotor: precoce, bom em atividades físicas/esportes

Infância: quando nasceu os pais estavam em crise conjugal e financeira

Adolescência: abuso de álcool e drogas

Queixa/motivo da consulta: abuso de álcool

Resumo da história clínica: Magro e deprimido, afirma que pode parar de beber quando quiser. Não está estudando, corre o risco de reprovação.

Queixa-se que o pai lhe manda pouco dinheiro, parece que muitas vezes não consegue se alimentar adequadamente. O pai nunca teve ocupação definida, "ou ganhava muito dinheiro ou nenhum", "Pilantra, engana todo mundo". RPS odeia a irmã caçula, e também inveja os irmãos mais velhos, que nasceram no tempo em que "rolava dinheiro lá em casa". Embriagou-se pela 1ª vez aos 4 anos, "quase morri de tanto vinho", aos 12 anos cheirava "cola". O uso de álcool coincide com as 2 internações da mãe.

Diagnóstico: Provável alcoolismo Modalidade Relacional: melancólica

Tratamento: o paciente interrompeu o uso de álcool, sob vigilância da família. Anafranil 25 mg l-o-o-l e Valium 10 mg O-l-O-l durante 2 meses

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: foi morar com a família novamente. Estava bem, melhor nos estudos. Recusou-se à terapia: "coisa de rico" "pra isso o pai tem dinheiro" (\*)

Transcrição de fantasias com relação à medicação: O paciente é lacônico, monossilábico. Disse a custo que a medicação lhe fazia bem, que o deixava mais calmo e tranquilo, "um pouco demais" porque lhe diminuiu o desejo sexual. Irônico e pessimista, procura não se vincular às pessoas "nem depender de remédios" "Remédio não é solução, é uma coisa temporária, a cura vem de dentro".

(\*) o paciente fazia a idéia de que a terapia seria paga. Mesmo esclarecido de que o tratamento era gratuito, recusou-se, repetindo: "isso é coisa de rico".

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: MAR nº: 15 Idade: 12 Sexo: M Encaminhado: Assist. Soc

Procedência: Campinas Migração: não

Informante: Pac/mãe ( ) veio só (  ) veio acompanhado por: mãe

Religião: Católica Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
mãe e filho vivem com a avó do menino Irmãos: não

Posição na ordem de nascimento: - Renda Familiar: 1,5 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	3ª/1º grau
Pai	-	-(*)
Mãe	doméstica	1º grau inc.

Observações: (\*)MAR não sabe quem é seu pai e discute muito com a mãe porque esta não lhe conta. A mãe de MAR foi abandonada grávida.

Gestação: normal/dific. econômicas

Parto: normal

Condições ao nascer: normal

Alimentação: sem anormalidades. MAR não foi amamentado no peito.

Desenv. neuropsicomotor: dentro da época prevista

Infância: tombos de bicicleta; sarampo; dificuldades econômicas

Adolescência: a mãe trabalha fora, o dia todo, o menino fica com a avó, ou então sozinho, "foge para a rua" sempre que pode"

Queixa/motivo da consulta: o menino foi vítima de um estupro

Resumo da história clínica: Há 11 meses MAR foi estuprado por um dos amantes da mãe, sendo hospitalizado. Há informações de que mantém atividade sexual com dois coleguinhas de escola. Tornou-se aborrecido, isolado, todos sabem do ocorrido, na vizinhança e na escola. "Mata" as aulas, não faz deveres, exige sempre dinheiro da mãe, ameaça fugir de casa, bate e insulta a mãe. Solicitado EEG.

Diagnóstico: epilepsia Modalidade Relacional: psicopática

Tratamento: Comital 1-0-0-1 posteriormente modificado para Tegretol 200 mg 1-0-1-1 com melhoras do comportamento antissocial

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: interrompeu o tratamento sem justificativas

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Ah, hoje eu não quero falar não" "A mãe sai de casa e eu não vou tomar mesmo" "Me deram um (no hospital) que dá um gosto ruim na boca" "Se eu disser que vou fazer tudo certinho eu não preciso de injeção, não é?" "Quero ir embora daqui" (e chora)

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número onde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: EP nº: 16 Idade: 13 Sexo: M Encaminhado: Orient. Ed.  
 Procedência: Campinas Migração: mudanças na mesma cidade  
 Informante: pac./mãe ( )veio só (X)veio acompanhado por: mãe  
 Religião: não tem Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
 "mal conservada", mora com mãe e 2 irmãs Irmãos: 04  
 Posição na ordem de nascimento: 3ª Renda Familiar: 4 sal. min.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	6ª/1º grau
Pai	-	-
Mãe	do lar	1º grau com.

Observações: pai falecido quando  
 EP tinha dez anos, num acidente  
 de trabalho

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: normal

Alimentação: sem alterações

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: sempre muito agitado, "correndo de um lado para outro"

Adolescência: "mata" aulas, faz bagunça há 6 meses. A irmã mais velha,  
 que o criou porque a mãe trabalhava fora, mudou-se para outra cidade

Queixa/motivo da consulta: os professores não o suportam (nem a mãe)

Resumo da história clínica: EP sentiu muito a saída da irmã mais velha.  
 Briga com a mãe porque esta quer morar com um companheiro. É o único  
 que se opõe, pois suas irmãs mais novas gostam do "padrasto", e o ou-  
 tro irmão que serve ao Exército "não está nem aí".

Diagnóstico: Adolescência Normal Modalidade Relacional: hipomaníaca

Tratamento: não foi feita medicação. Encaminhado à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: alta em 2 meses com melhora do desempenho escolar

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Remédio? Eu? Não  
 preciso tomar, nunca fico doente" "Está pensando em me dar remédio des-  
 tes de maluco, não vou tomar, eu não tenho nada, é invenção daquela  
 bruxa" (a mãe). "A mãe disse que eu vinha aqui e mudava as idéias, eu  
 quero ver" "Acho que tomar remédios é besteira, ninguém vai me obri-  
 gar, eu não tomo e pronto"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades de paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/> Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: VSS nº: 17 Idade: 19 Sexo: M Encaminhado: Ambulatório de outro es- tudo (PR)  
 Procedência: interior PR Migração: sim, com a família.  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: protestante Condições da habitação e moradia: alvenaria, rua calçada, alugada, com a mãe e 3 irmãos Irmãos: 05  
 Posição na ordem de nascimento: 4ª Renda Familiar: 4 sal.mín

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	8ª/1º grau
Pai	sitiente	analfabeto
Mãe	do lar	1º grau inc.

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: normal

Alimentação: normal

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: sem ocorrências de que se lembre. Diz que foi uma época muito boa.

Adolescência: aos 15 anos o pai lhe deu um susto, e então começaram os sintomas.

Queixa/motivo da consulta: "tosse, falta de ar, sufocação"

Resumo da história clínica: Ass 15 anos V. brincava com dois irmãos. O pai estava dormindo, acordou com o barulho, brigou com eles. V. reagiu e empurrou o pai. Este ficou muito zangado, perseguiu-o durante algum tempo, ameaçando bater muito nele. Quando V. voltou para casa, já estava com esta "conceira no peito", "tosse", "falta de ar". Na época desse susto há a história de jogos sexuais com uma menina de 7 anos (masturbação/felação), que deixou V. se sentindo muito culpado. Agora V. não consegue trabalhar. O pai ficou no interior do PR, a mãe se mudou "para cuidar de V."

Diagnóstico: histeria (conversão) Modalidade Relacional: hipocondríaca

Tratamento: não foi feita medicação. Enc. à psicoterapia de grupo e em seguida à psicoterapia individual.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: continua em psicoterapia individual. Fêz alguns meses de arteterapia, com progressos.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "A mãe me dizia: vai tomar o remédio, para melhorar. Eu respondia: esse remédio para mim faz mal, e não tomava" "Acho remédio uma coisa estranha" A mãe lhe dá muitas chás de ervas. Apesar de protestantes, acreditam também em espiritismo, e o pai-de-santo o medica. Acha que vai "morrer novo", queixa-se repetidamente. Os exames solicitados em interconsulta deram todos normais. "Me passa pela cabeça que ela vai me fazer mal, vai me dar conceira, ficar mais agitado, o coração vai parar, dar batidas a mais e dar um problema cardíaco" (...) "Penso sempre que o remédio vai me fazer mal. Quando os médicos me dão o remédio, eu já penso: esse remédio vai me fazer mal"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/> Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: JCP nº: 18 Idade: 19 Sexo: M Encaminhado: pastor  
 Procedência: Campinas Migração: de área rural para a cidade  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: (\*) Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
própria, mora com pais e irmãos Irmãos: 09  
 Posição na ordem de nascimento: 7º Renda Familiar: 12 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	(*)	1º grau incompl.
Pai	sitiante	analfabeto
Mãe	do lar	4ª/1º grau compl.

Observações: (\*)o paciente diz  
que tem a missão de formar uma  
nova religião, e lidera um grupo  
que quer formar uma comunidade  
religiosa numa fazenda.

Gestação: não sabe informar

Parto: não sabe informar

Condições ao nascer: idem

Alimentação: idem

Desenv. neuropsicomotor: idem

Infância: infância muito pobre em área rural

Adolescência: fabrica pequenos objetos de madeira e de arame para vender  
e está convencido que tem uma missão religiosa a cumprir.

Queixa/motivo da consulta: o pastor duvidou de sua normalidade

Resumo da história clínica: Há alguns meses vem formando um grupo de  
jovens. Um desses é herdeiro de uma fazenda que o grupo pretende utili-  
zar para formar a nova comunidade religiosa. JCP desligou-se da igreja  
católica e da igreja protestante para dar autonomia a este grupo. Está  
vindo à consulta porque "o pastor resolveu enfrentar eu", e disse que  
ele estava louco. Mas JCP informa que "estou em missão de paz" e "vim  
porque não tenho medo de ser examinado", acredita que não tenha proble-  
ma algum. Já se envolveu com drogas, há dois anos, foi internado e  
"curou pela fé", agora está bem e ajuda outros no "verdadeiro caminho"

Diagnóstico: personal. "borderline" Modalidade Relacional: hipomaníaca

Tratamento: encaminhado após triagem para psicoterapia individual e  
medicação, porém não retornou mais. No seguimento, perdemos contato.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: o paciente não retornou

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Não gosto, não tomo"  
"Jesus é o melhor remédio" "Não vim aqui para tomar estes remédios que  
não libertam dos vícios" "Não quero ficar alucinado e oprimido, em pânico  
porque tomei" "Sou contra drogas, calmantes, cigarro e bebida", "Eu estou  
bem, para que remédio?" "O sangue daquele que morreu por você pode sal-  
var, o sangue de J. sua penetrando em suas veias"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/> Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: MP nº: 19 Idade: 19 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: católica (x) Condições da habitação e moradia: nova, alvenaria  
mora com um companheiro, não tem filhos Irmãos: 04  
 Posição na ordem de nascimento: 3º Renda Familiar: não sabe

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	bancária	3ª série/1º grau
Pai	of. cartório	2º grau com.
Mãe	do lar	1º grau

Observações: (\*)frequenta cartomantes e terreiros de macumba

Gestação: normal/dificuldades econômicas

Parto: normal

Condições ao nascer: não sabe

Alimentação: não sabe

Desenv. neuropsicomotor: acha que foi tudo normal

Infância: brincadeiras sexuais com 1 irmão, aos 7 anos; aos 8 anos, um padre idoso lhe dava bombons, tocando seus genitais. Ela achou errado.

Adolescência: Com 13 anos um dentista "sempre dava um jeito" de tocar em seus seios, como se estivesse distraído. Com 15 anos conheceu P.

Queixa/motivo da consulta: sente-se muito angustiada, "perdida"

Resumo da história clínica: está morando com P., um homem "influyente na cidade", de 36 anos, há 4 anos e meio. Agora quer se separar dele e não sabe como. Fugiu de casa para morar com ele, a família foi contra porque ele era casado. P. não se divorciou, e em consequência MB acha que o relacionamento deles "não tem futuro". Moram numa quitinete nos fundos da loja que P. deu a ela para ser independente. Também foi ele que lhe conseguiu o emprego no banco. MB é virgem ainda. Diz desejar filhos mas tem medo do ato sexual completo. P. não insiste também porque só consegue ereções parciais, "é impotente", "mas é louco por mim".

Diagnóstico: Histeria Modalidade Relacional: confusional

Tratamento: não foi feita medicação. Encaminhada à psicoterapia individual.

Escala de Gohram e Sherman: \_\_\_\_\_ aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: não tivemos mais contato com a paciente, sabemos que permanecia em tratamento.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Qualquer um que me faça dormir, tirar essa dor do peito, essa pressão, esse sufoco. Acordo agoniada, parece que estou caindo num elevador" "Uma vez tomei Noan e foi ótimo, estava bem" "Eu preciso tomar remédios" "Me deram estes aqui para tomar" (mostra receitas antigas)

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/> Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: JEM nº: 20 Idade: 15 Sexo: M Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: paciente (  veio só (  veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: protestante Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
 própria, mora com o pai e um irmão Irmãos: 1  
 Posição na ordem de nascimento: 1ª Renda Familiar: 10 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	ajuda na (*)	1º ano 2ºg
Pai	fazendeiro	sabe ler/escr.
Mãe	do lar	2º grau compl.

Observações: ajuda na Igreja

Gestação: tumultuada, muitos enjoos e vômitos, brigas com o pai que bebia  
 Parto: pélvico, difícil

Condições ao nascer: nasceu roxo, demorou a chorar, acharam que morreria

Alimentação: mamava dormindo e costumava vomitar depois

Desenv. neuropsicomotor: não sabe dizer, episódios de enurese noturna.

Infância: como precisou de cuidados ao nascer, os pais o deixaram com os avós, com quem ficou dormindo no quarto de casal até os 13 anos

Adolescência: foi estudar em cidade vizinha. O pai dizia ter dúvidas quanto à sua virilidade, o que o magoava muito.

Queixa/motivo da consulta: está atraído sexualmente por um amigo

Resumo da história clínica: Lembra-se de roer unhas e de chorar muito, em pequeno. Veio à consulta porque está desesperado, tomou consciência de que gostaria de ter relações sexuais com um companheiro de culto. Sabe que é "pecado", sua Igreja o expulsará se souber. Diz que não tem com quem conversar sobre isso. A mãe morreu há 3 anos, tem medo de ter uma "doença brava" como ela teve, ou AIDS, pensa em se matar "se fizer esta bobagem". O paciente é virgem. Depois que descobriu sua atração pelo colega tem faltado ao culto, o pastor estranhou. "Não aguento mais" "Ele é ferrista, anda com todas as mulheres", "se souber vai rir de mim".

Diagnóstico: Provável homossexual<sup>moda</sup> Modalidade Relacional: simbiótica

Tratamento: Frontal 0,25 mg 1-0-1-1 e indicação para psicoterapia

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: não há informação

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Preciso muito de medicação" "Gostaria de dormir, relaxar, ter paz. Estou ficando louco. Ache que não merecia isso. (pausa) Que remédio eu posso tomar? Acha que a culpa é minha?" "Remédio sempre atrapalha, mas agora preciso mesmo. Esses dias pensei em tomar todo o Valium que minha tia tinha no banheiro, porque estava ficando louco, não conseguia dormir, parecia que ia acontecer uma tragédia"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- X - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- X - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: JL nº: 21 Idade: 14 Sexo: M Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: cinco mudanças de cidade

Informante: paciente (  veio só (  veio acompanhado por: \_\_\_\_\_

Religião: adventista Condições da habitação e moradia: alvenaria, própria, mora com pais e irmãos. Irmãos: 03

Posição na ordem de nascimento: 3º Renda Familiar: 5 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	aux -pedreiro	4º/1º grau
Pai	mestre obras	1º grau inc.
Mãe	do lar(*)	2º grau compl.

Observações: (\*)mas é professora e enfermeira aposentada

Gestação: mãe "nervosa"

Parto: difícil, foi "tirado com ferros" . Prematuro (8 meses)

Condições ao nascer: nasceu bem

Alimentação: histórias de greve de fome em criança, irritando os pais

Desenv. neuropsicomotor: não há informações

Infância: dormiu no quarto dos pais até 3 anos. Houve 2 abortos depois que ele nasceu. Aos 8 anos 1 tentativa de abuso sexual (tio)

Adolescência: Os pais brigam muito. Amizade com um rapaz de 15 anos, com rel. sexuais (tanto penetrado quanto penetrar), de quem gosta muito.

Queixa/motivo da consulta: se sente mal e não consegue dormir

Resumo da história clínica: Há uma amizade grande entre JL e M., o rapaz de 15 anos "é amigo do peito, nós já ficamos até com a mesma garota". Numa festa esse amigo descuidou-se com uma garrafa de álcool (era um churrasco), que explodiu e queimou o rapaz da cintura para cima, até perto do rosto. Acha que foi castigo, a igreja proíbe atividade homossexual. Sente-se culpado, emagreceu muito, não consegue trabalhar direito, tem sonhos e pesadelos de torturas, como num inferno. Recusa-se a comer. O irmão plora as discussões dos pais perguntando: "Então, você não come mais? Nem churrasco?" JL tem vontade de matá-lo. Ainda não foi ver o (cont)

Diagnóstico: Adolescência normal Modalidade Relacional: melancólica

Tratamento: Valium 5mg 0-0-0-1 por 1 mês/encaminhado à psicoterapia

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: Parecia bem melhor, soubera que o amigo ia ter alta, mas ainda não tinha ido vê-lo.

Transcrição de fantasias com relação à medicação:  
"Uma vez eu tive alergia à penicilina, quase morri. Tenho muito medo de remédios. Mas agora preciso, é engraçado isso. A mãe diz que eu preciso agora, ela está certa, quis me dar um que ela trouxe do hospital, eu não quis, já estava usado." "M. também está medicado, diz que a dor que ele sente é enorme, não pode mexer (cobre o rosto com as mãos)" "Agora, um dia eu vou estourar a cara de B (irmão do meio), fica provocando" "Remédio é bom" "Remédio bom é esses pra dormir" "Eu ajudo em casa com dinheiro, sabe, a gente trabalha, a vida tá dura, a mãe fica cobrando"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número anexo os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	<del>05</del>	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: DMV n°: 00 Idade: 19 Sexo: F Encaminhado: intercon-  
 Procedência: Campinas Migração: Não sulta(H.C.)  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: católica (\*) Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
é a casa dos patrões, dorme no emprego Irmãos: não  
 Posição na ordem de nascimento: única Renda Familiar: 1 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	doméstica	5ª/1º grau
Pai	falecido	
Mãe	falecida	

Observações: dorme em seus em-  
pregos de babá, ou doméstica, ou  
fazineira. Não tem casa própria.  
 (\*)espírita também

Gestação: não sabe informar

Parto: idem

Condições ao nascer: idem

Alimentação: idem

Desenv. neuropsicomotor: idem

Infância: A mãe faleceu quando a paciente tinha 2 a. Criada pela avó,  
que faleceu quando ela tinha 11 anos. Pai também falecido.

Adolescência: atividade sexual intensa, sem parceiro constante.

Queixa/motivo da consulta: cefaléia tipo enxaqueca

Resumo da história clínica: Seu pai antes de falecer, bebia muito, nunca  
se interessou por ela ou pela mãe. "Nenhum homem presta". Para o tra-  
balho dig que é forte, "um pé de boi". Veio à consulta por sentir mui-  
tas dores de cabeça, com exames normais em outro ambulatório. Há quei-  
xas de dor precordial, mas exames também são normais. Acha ridículo  
ir ao psiquiatra por causa de uma dor de cabeça, não é "doída furiosa"  
só concordou por achar que os remédios lhe poderao fazer bem.

Diagnóstico: Depressão Modalidade Relacional: hipocondríaca

Tratamento: Ormigrein (2 comp. nas crises) Veracalm 5 mg 1-0-0-1/ en-  
caminhaia à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: não foi feito seguimento

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Remédio pode destru-  
ir a gente. Tipo coisa ruim que estraga tudo por dentro" "Você se acos-  
tuma tanto que a vontade cresce por dentro, não consegue mais se livrar  
dole" "Melhor é deixar o organismo reagir" "Nunca engrávidei, acho que  
foi de tanto remédio que eu tomei quando minha avó morreu" "Ela também  
tinha essas dores de cabeça mas morreu de infarto" "Acho que remédio é  
bom para mim" "Acho que estou um pouco intoxicada do fígado"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	<del>06</del>	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: BMS nº: 23 Idade: 18 Sexo: F Encaminhado: pais  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: pac./pais ( ) veio só (x) veio acompanhado por: pais  
 Religião: presbiteriana Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
construída pelo pai, mora com os pais e o irmão Irmãos: 01  
 Posição na ordem de nascimento: 1ª Renda Familiar: 5 sal-mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	ajuda a mãe	2ª/normal
Pai	(*)	2º grau
Mãe	do lar	2º grau

Observações: (\*) administra uma  
farmácia e é professor de 2º grau

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: normal

Alimentação: normal, mamou no peito até 6 meses

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: "boa filha e boa aluna", roía unhas, mordida "o que tivesse na boca", medo de insetos "bichinhos de antenas".

Adolescência: Teve catapora, coqueluche, intolerância à penicilina e à poeira.

Queixa/motivo da consulta: Pais descobriram que não era mais virgem

Resumo da história clínica: Através de uma conversa telefônica os pais descobriram que ela e o namorado mantinham relações sexuais há um ano. Tinha medo de ser expulsa de casa, os pais não gostam do namorado porque ele não trabalha e tem outra religião. BMS não entende a oposição dos pais, porque diz que o namorado trabalha na loja do tio e quer se casar com ela.

Diagnóstico: Adolescência normal Modalidade Relacional: paranóide

Tratamento: não foi medicada, e sim encaminhada para psicoterapia breve. Os pais foram orientados para uma terapia de casal

Escala de Cochran e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: BMS não compareceu, seus pais sim. Soubemos mais tarde pela assistente social que ela engravidara do rapaz.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "O pai dá remédio" Acha que o remédio que o pai traz da farmácia é muito forte, "um calmante, o mesmo que ele toma para sua úlcera", acha também que ele faz isso "da procriação" para que ela sinta "sono e moleza", não saia de casa e não se encontre com o namorado. "Não gosto de tomar remédios, mas meu pai diz que eu sou nervosa e devo tomar"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/> Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: EAV nº: 24 Idade: 17 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: pac./mãe ( )veio só (  )veio acompanhado por: mãe  
 Religião: não tem Condições da habitação e moradia: alvenaria, alugada, mora com a mãe e o padrasto Irmãos: não  
 Posição na ordem de nascimento: - Renda Familiar: 3-4 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	5ª/1ª grau
Pai	falecido	vendedor/1ªg
Mãe	1ª grau com.	do lar

Observações: \_\_\_\_\_

Gestação: normal

Parto: prolongado

Condições ao nascer: "nasceu muito miúda"

Alimentação: sem nada a informar, além de 8 d. de amamentação (leite seco)

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: "com 2 a. não sujava mais as fraldas", sarampo aos 4 a. e hepatite aos 11 a.

Adolescência: levada a um psiquiatra aos 14 anos, estava "irritada, meio boba". Melhorou com o tratamento mas se apaixonou pelo médico, diz a mãe

Queixa/motivo da consulta: a mãe a trouxe porque está preocupada.

Resumo da história clínica: Achou comprimidos na bolsa de EAV e pensa que "ela está na bagunça". EAV afirma que não, que o médico receitou para acertar as regras. A moça refere um corrimento vaginal que a irrita e que atrapalha as regras. A mãe insinua que é uma doença venérea. EAV diz "Só se eu peguei isso lá em casa". A mãe sai "para não dar nela". A sós comigo, EAV ajoite os cabalos. Vem com roupas curtas e justas no corpo. Conta que "trensa" há anos com colegas de ambos os sexos, já fez um aborto e tratou de doenças sexualmente transmissíveis ("aquele cachorro, tomara que pegue AIDS"). Quer ser medicada para relaxar, e para a mãe "parar

Diagnóstico: Histeria Modalidade Relacional: hipomaníaca →

Tratamento: não foi medicada. Encaminhada à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: retornou algumas vezes. Comportamento sedutor ainda persistindo, com muito pouca melhora clínica.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Adoro remédios", "As vezes tranço droga pra dar barato", fala sempre em gírias. Diz que é boa a sensação de viajar, voar, fica mais excitada e "sexy". "Remédio é bom pra dormir, pra ficar acordada para dançar, ajuda a pessoa a se sentir bem melhor". Preocupa-se muito com aparência física e saúde. "A gente tem que se cuidar". "AS vezes sinto algo diferente, mas não gosto nem de pensar, que o pensamento atrai coisa que não presta" Costuma fazer uso de vitaminas para o cabelo, e remédios para emagrecer, por conta própria.

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: FFJ nº: 25 Idade: 18 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: não  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: alvenaria, mora com a mãe Irmãos: não  
 Posição na ordem de nascimento: - Renda Familiar: 2-3 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	artesanato	2ª/3ª grau
Pai	advogado	3ª grau (*)
Mãe	do lar	2ª grau

Observações(\*) falecido há 4 a., deixou uma pequena renda.

Gestação: normal

Parto: normal

Condições ao nascer: nada a relatar

Alimentação: nada a relatar

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: foi entregue à "bá", uma babá, durante o 1º ano, disse que a mãe não queria ter trabalho. Acha que não teve problemas na infância

Adolescência: faz bonecos de pano para vender na loja de uma tia. Estuda em outra cidade. Considerada "excelente aluna"

Queixa/motivo da consulta: fêz um aborto, está deprimida

Resumo da história clínica: Ô seu relacionamento com a mãe parece envolver um jogo de sedução mútua. Perdeu o pai há 4 a., sentiu muito, "se eu perder minha mãe também vou morrer junto" A mãe depende dela até para ir ao Banco. É boa estudante mas está desanimada com os estudos, tem idéias de "tomar um monte de comprimidos", não sabe se terá coragem para isso. Não pretende casar-se com o namorado que a engravidou, embora diga que o ama muito.

Diagnóstico: Estado depressivo Modalidade Relacional: autista

Tratamento: Lexotan 3 mg 1-0-0-1/A paciente está fazendo uso de anti-concepcional oral. Encaminhada à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: continua em terapia

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "É algo que a gente toma e pronto. Não sei o que dizer" "Me deram um comprimido antes do aborto, eu dormi" "Tenho raiva de remédio" "Se precisar eu tomo, se me fizer mal vomito" "As vezes eu tenho vontade de sumir e tomo bastante remédio" "Minha mãe fica brava e diz que eu não vou poder casar e ter filhos por causa que eu abuso de remédio"

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	<del>06</del>	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

## FICHA - RESUMO / PESQUISA

Paciente: EPJ nº: 26 Idade: 10 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: duas vezes mudaram de cidade  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
mora com os pais e irmãos Irmãos: 02  
 Posição na ordem de nascimento: 1ª Renda Familiar: 7-8 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	1º grau incom.
Pai	militar	2º grau compl.
Mãe	do lar	2º grau incom.

Observações: \_\_\_\_\_

Gestação: normalParto: normalCondições ao nascer: normais ("cabeluda")Alimentação: normal, amamentada 2 meses no peitoDesenv. neuropsicomotor: normal, como os irmãosInfância: "tudo bem"Adolescência: "tudo bem". Tem vergonha de depender dos pais. Embora "est-  
tejam bem financeiramente", "não gostam de soltar dinheiro"Queixa/motivo da consulta: rompeu um namoro de 4 anos, está triste

Resumo da história clínica: Acha que está muito nervosa, que pode até  
"morrer de tristeza". Ela quis o rompimento. Está magoada com o rapaz,  
que "a fazia de escrava", mas não quer reatar com ele, porque acha "de-  
gradante", "não me presto mais a isso", referindo-se a práticas sexuais  
"pervertidas" que mantinha com o namorado. Está sob grande tensão, so-  
frendo muito, acha que os pais também ficaram decepcionados com o rompi-  
mento. Treme e chora muito enquanto fala, torce as mãos. Como disse o  
rapaz, "agora que não é mais moça ninguém vai querê-la". Ele insiste  
em voltar com ela. "Um pachá, quer que eu faça tudo para ele", finaliza.

Diagnóstico: estado depressivo Modalidade Relacional: históricaTratamento: Abandonou a psicoterapia após tres sessões. Medicada com  
Olcadil 1mg 1-0-1-1 com melhorasEscala de Gohran e Sherman: aplicadaEscala CGI: aplicadaEvolução: não há informações

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Quero um medicamen-  
to que me faça sentir mais calma, possa dormir sem sustos e me permita  
ter um emprego". "Quero ficar firme quando ele vier me procurar de no-  
vo, (ri) ainda gosto daquele tarado" "O remédio me faz sentir diferente"  
"É só isso. Não tem mais nada".

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- \* - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- \* - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: RR nº: 27 Idade: 16 Sexo: F Encaminhado: mãe  
 Procedência: Campinas Migração: duas mudanças de cidade  
 Informante: pac./mãe ( )veio só (x)veio acompanhado por: mãe  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: alvenaria, própria, mora com marido e filha de 8 meses Irmãos: 03  
 Posição na ordem de nascimento: 2ª Renda Familiar: 2-3 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	artesanato	8ª/1º grau
Pai	fazendeiro	sabe ler/escr
Mãe	do lar	1º grau incomp

Observações: falecido o pai de RR quando esta tinha 6 anos

Gestação: nervosismo da mãe, problemas com o marido que bebia muito  
 Parto: normal, houve hemorragia pós parto e infecção  
 Condições ao nascer: normal  
 Alimentação: no peito até 6 meses  
 Desenv. neuropsicomotor: normal  
 Infância: sarampo, catapora, caxumba, muitos tombos, urinou na cama até 5 anos.  
 Adolescência: casou-se há um ano porque estava grávida

Queixa/motivo da consulta: problemas de ajustamento sexual

Resumo da história clínica: a mãe a acompanhou à consulta para "falar coisas de mulher". RR não consegue dar nem sentir prazer sexual, fica tensa, o marido a chama de fria. RR e a mãe acham que ele poderá ir procurar outra mulher. RR tem medo de engravidar novamente porque o primeiro parto foi difícil e demorado, ela "arroxou e desmaiou quando saiu da cama". A paciente refere hipotensão ortostática eventual, infecções de orofaringe repetidas, aftas e vômitos provocados, e está sendo atendida também em outro ambulatório.

Diagnóstico: Adolescência normal Modalidade Relacional: histórica

Tratamento: encaminhada à psicoterapia. Após duas semanas queixou-se de insônia e tensão e foi medicada com Valium 5 mg 0-0-0-1

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: a paciente está tomando anticoncepcionais orais. Relata pouca melhora clínica e no relacionamento conjugal

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Tomar remédios nem sempre é bom", "gostaria de remédios para os nervos, que façam sentir prazer, como-hormônios, vitaminas." "Estou achando bobagem minha mãe querer que eu tome mais remédios pra tirar essas idéias (?) da cabeça" "Parece que pouco adianta, deixa o mundo cair" "Porque a gente tem que tomar remédio? Tinha que ter outras maneiras de ficar legal"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades de paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: MHS nº: 28 Idade: 19 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: mudou uma vez de cidade  
 Informante: paciente (  )veio só (  )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: alvenaria, moderna, mora com o marido, está grávida de 6 meses Irmãos: 04  
 Posição na ordem de nascimento: 2ª Renda Familiar: 8 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	dona/casa	1ª/3ª grau
Pai	func. público	2ª grau
Mãe	comerciante	1ª grau inc.

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gestação: normal

Parto: pélvico e demorado

Condições ao nascer: normal

Alimentação: amamentada 2 meses

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: muito pobre. A mãe dizia que ela era a pior das filhas.

Adolescência: casou-se grávida, mas o filho não é do marido. O pai da criança soube por uma amiga e veio procurá-la.

Queixa/motivo da consulta: está confusa e deprimida

Resumo da história clínica: O pai da criança foi seu primeiro namorado, gosta muito dele, é mecânico numa cidade próxima e tem família em Campinas, de modo que se vêem com frequência. Haviam brigado, ela conheceu outro rapaz, e quando descobriu que estava grávida, disse que o filho era dele, então se casaram. Fez isso porque tem "mais futuro" com o marido, que está em "boa situação financeira", tem uma loja. Está muito confusa, tem medo de prejudicar o filho com esse sofrimento todo. Está com uma gravidez difícil, inchaço nos pés e dores nas costas, e está sendo atendida na obstetria também.

Diagnóstico: neurose de ansiedade Modalidade Relacional: ansiosa

Tratamento: Lexotan 3 mg o-o-o-l por uma semana, encaminhada à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: não tivemos contato depois de um mês. Resolvera não se separar "Pai é quem educa"

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Quero um remédio que me deixe dormir, ando exausta, preciso dormir e esquecer(chora)"

"Assim eu não aguento mais"

"Eu acho que o remédio entra no corpo, passa para a circulação, aí espalha por todo o organismo e concentra mais no cérebro"

"Eu estou toda assim (mostra os pés inchados) e nenhum remédio resolve"

"Não posso parar que é pior"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	<input checked="" type="checkbox"/> 02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: KPP nº: 20 Idade: 19 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: mudou 4 vezes de cidade  
 Informante: paciente (  )veio só (  )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: espírita Condições da habitação e moradia: alvenaria, alugada, mora com o marido e a filha Irmãos: 03  
 Posição na ordem de nascimento: 4ª Renda Familiar: 2 sal.mín.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	dona / casa	5ª/1º grau
Pai	aposentado	1º grau
Mãe	do lar	sabe ler/escr.

Observações: pai falecido

Gestação: normal

Parto: demorado porém normal

Condições no nascer: normal

Alimentação: normal

Desenv. neuropsicomotor: desmaios/ de resto, normal como os irmãos

Infância: catapora, infecção renal aos 8 a.e meio, perdeu o pai na puberdade.

Adolescência: desmaios. Saía com crianças pequenas no colo para passear e depois dizia não saber o que estava fazendo. "Aérea", "olho parado"

Queixa/motivo da consulta: dificuldade de relacionamento com marido

Resumo da história clínica: Episódios de "ficar olhando para cima, de olho parado". Após o casamento, não desmaiou mais. O marido anda desinteressado, ela não sabe se é impotência ou se "tem outra". Eles não conversam sobre o assunto. MBP perdeu um filho antes de nascer sua filha, e lamenta-se muito. Há história de uma tentativa de suicídio. Cefaléia.

Diagnóstico: epilepsia Modalidade Relacional: esquizóide

Tratamento: Rivotril 2 mg 0-0-0-1 com grande melhora (?) A paciente, embora encaminhada, preferiu não começar psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: melhora acentuada.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "A primeira vez que precisei de remédios foi quando fiquei sabendo da traição de meu marido" "Fardi a voz, fiquei muito deprimida. Os remédios não adiantaram. A voz só voltou com os passes do centro" "Quando eu tenho medo, leio o evangelho, quando estou com raiva fico nervosa, falo muito. Quando meu marido me irrita arrumo a mala para ir embora, mas não vou" "As vezes vai sumindo o meu pensamento" "Saio do ar" "O remédio ajuda muito na dor de cabeça que eu tenho aqui (indica as têmporas)" "Nenhum remédio funciona mesmo, assim, tomou ficou bom. Será que eu tenho que sempre vir aqui?" Acho que muito remédio faz mal, chega no cérebro e estraga os nervos"

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	<del>06</del>	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: AP nº: 30 Idade: 16 Sexo: F Encaminhado: paciente  
 Procedência: Campinas Migração: tres vezes  
 Informante: paciente (x)veio só ( )veio acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Religião: não tem Condições da habitação e moradia: alvenaria  
(pensão) mora com mais seis moças. Irmãos: não  
 Posição na ordem de nascimento: - Renda Familiar: não sabe

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	professora	2º grau inc.
Pai	não sabe	não sabe
Mãe	do lar	2º grau inc.

Observações: dá aulas particu-  
lares.

Gestação: atribulada, escondida até o sexto mês

Parto: normal, porém demorado

Condições ao nascer: bem

Alimentação: 1 ano amamentada no peito

Desenv. neuropsicomotor: normal

Infância: sarampo, varicela, coqueluche, bronquite asmática, pesadelos cons-  
tantes, irritação, depressão, 1 tentativa de suicídio, fugas de casa,

Adolescência: morte do casal que criou sua mãe, aos 13 anos. Estuda em  
outra cidade. A mãe se casou e ela não a vê há 2 anos

Queixa/motivo da consulta: sente-se deprimida, vazia.

Resumo da história clínica: a mãe de AP foi criada por um casal, e AP  
acha que é filha do homem que ela chamava de avô, mas não há certeza,  
pois a mãe nunca diz quem é seu pai. O casal morreu num acidente há  
três anos, a mãe se casou e está no Ceará. O padrasto é rico e mantém  
AP na pensão em Campinas, e paga seus estudos na escola normal. Não  
vê a mãe há dois anos. Após a tentativa de suicídio há três anos foi  
levada a um psiquiatra "mas não deu certo, ele não falava". Agora  
AP procura ajuda por iniciativa própria. Soube que a mãe vai dar à luz  
e está "muito feliz". Muitos parceiros sexuais. Quer viajar, ser engenheira.

Diagnóstico: Provável depressão Modalidade Relacional: histérica

Tratamento: Anafrenil 25 mg 1-0-0-1, encaminhada à psicoterapia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evlução: a medicação foi suspensa tres meses depois, com melhora. AP  
começou a estudar para o vestibular, concluiu o curso de inglês.

Transcrição de fantasias com relação à medicação: "Em princípio eu não  
gosto de tomar remédios. Acho que, quando fazem bem, também estão fazendo  
mal. Eu me preocupo com meu corpo, com os filhos que possa vir a ter.  
Tomo remédio mas nem sempre todo o tempo que mandam, paro antes". "Agora  
estou melhor. É engraçado, difícil acreditar que uma coisinha deste tama-  
nho muda o astral da gente" "Não estou mais de teto baixo"(seguimento)

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- 3 - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- 1 - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

Efeito terapêutico	Efeitos Colaterais			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

Paciente: MMS nº: 31 Idade: 13 Sexo: M Encaminhado: mãe  
 Procedência: Campinas Migração: não (apenas mudança de bairro)  
 Informante: pac/mãe ( ) veio só (  ) veio acompanhado por: mãe  
 Religião: católica Condições da habitação e moradia: alvenaria,  
mora com os pais e tres irmãos (alugada) Irmãos: 03  
 Posição na ordem de nascimento: 4ª Renda Familiar: 6 sal.min.

	Ocupação	Escolaridade
Paciente	-	6ª/1º grau
Pai	func.públ.	2º grau compl.
Mãe	professora	3º grau

Observações: a mãe não trabalha  
por problemas de saúde  
(nervosismo)

Gestação: inesperada. Com contrariedades, uso de calmantes.  
 Parto: normal. A mãe queria uma menina.

Condições ao nascer: nasceu roxo, chorou logo, placenta demorou a sair

Alimentação: sem informações

Desenv. neuropsicomotor: mais lento que o dos irmãos

Infância: foi separado da mãe ao nascer porque foi operado dos pés. Enu-  
rese até 10 anos, muitos tombos e resfriados, coqueluche.

Adolescência: asma. Ciúme violento do irmão, que o maltrata sempre.

Medo do problema ser hereditário. Operou (fimosã) com 8 anos.

Queixa/motivo da consulta: insônia e pesadelos

Resumo da história clínica: o defeito nos pés ainda persiste, e os sa-  
petos têm que ser sob medida. MMS fica muito embaraçado com este defei-  
to, ainda mais que perdeu parte de uma falange num acidente com uma  
máquina de moer ceba. Sonha com bombas atômicas, vampiros, lobisomens,  
e acorde aos gritos, suando.

Diagnóstico: neurose de ansiedade Modalidade Relacional: obsessiva

Tratamento: Dormonid 0-0-0-1 durante 2 semanas, encaminhado à psicoter-  
pia.

Escala de Gohram e Sherman: aplicada

Escala CGI: aplicada

Evolução: não houve meios de conciliar horários: não foi dado o início  
de psicoterapia. A mãe parecia mais interessada no remédio "para dormir"

Transcrição de fantasias com relação à medicação:

"Não gosto não, porque não sei, não sou chegado a remédio, acho que,  
se podem resolver alguma coisa, resolvem de um lado e pioram do  
outro. Além disso, podem fazer muito mal."

IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI):

1. Severidade (intensidade) da doença: tendo em vista sua experiência com a população considerada, qual é a intensidade atual da doença do paciente?

- 0 - não aferida
- 1 - normal, de jeito nenhum doente
- 2 - doente mental "borderline"
- X - relativamente doente
- 4 - moderadamente doente
- 5 - muito doente
- 6 - severamente doente
- 7 - intensidade extrema de doença, quando comparada a outros doentes

- Os dois itens que se seguem, 2 e 3, podem ser omitidos no exame inicial, marcando-se não aferido para os dois itens.

2. Melhora global: assinale a melhora global mesmo que, de acordo com o seu julgamento, isto não se deu pelo tratamento com a droga considerada.

Comparando com a condição do paciente, quando o mesmo foi introduzido neste projeto, ele se encontra atualmente:

- 0 - não aferido
- X - muito melhorado
- 2 - melhorado
- 3 - muito pouco melhorado
- 4 - sem alteração
- 5 - um pouco pior
- 6 - pior
- 7 - muito pior

3. Índice de eficácia: responda este item levando em conta apenas o efeito da droga.

Selecione o melhor termo que descreve o grau de efeito terapêutico e ações colaterais, e assinale o número annde os dois números que você escolheu se cruzam. Exemplo: o efeito terapêutico sendo considerado "moderado" e ações colaterais sendo consideradas como "não interferindo significativamente com as atividades do paciente", o número a ser assinalado é 6 (seis).

<u>Efeito terapêutico</u>	<u>Efeitos Colaterais</u>			
	Nenhum	Não interferem signif. (*) com atividades do paciente	Interferem signif. com atividades do paciente	São mais relevantes que os efeitos terapêuticos
Acentuado. Ampla melhora. Remissão completa/quase completa de sintomas.	01	02	03	04
Moderado. Melhora nítida. Remissão parcial de sintomas	05	06	07	08
Mínima. Pouca melhora que não modifica o cuidado que o paciente requer.	09	10	11	12
Não alterado. Pior.	13	14	15	16
Não aferido.	00	00	00	00

(\*) significativamente

LEVANTAMENTO DE 144 PASTAS DE PACIENTES  
ADOLESCENTES: USO DE PSICOFÁRMACOS

## PSICOFÁRMACOS NA ADOLESCÊNCIA (\*)

Segundo nosso referencial dinâmico, acreditamos que um sintoma surja quando existe conflito entre os impulsos emergentes e as defesas que se erigem contra eles, por diversos motivos.

Se nossa ação terapêutica se voltar apenas para os sintomas, e se os conflitos a ele subjacentes não forem esclarecidos suficientemente, há o risco de um sintoma ser trocado por outro, o que pode conduzir os pacientes a uma verdadeira maratona, trocando amiúde de psicofármacos e de médicos.

Portanto, acreditamos possível manter adolescentes em atendimento psiquiátrico sem medicá-los, a menos que apresentem quadro clínico compatível com psicose, depressões sérias, sinais de organicidade.

Nos casos em que a administração de psicofármacos propicia alívio ao paciente adolescente, a psicoterapia é facilitada.

Resultados do levantamento de 144 pastas:

No dia 20.11.1985 verificamos a frequência e as principais características do uso de psicofármacos na população adolescente (10-19 anos) que se encontravam em tratamento no Setor de Adolescentes do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-UNICAMP. Os números são os seguintes:

- 1.Total: 144 pacientes
- 2.Total de indivíduos do sexo masculino: 95 pacientes
- 3.Total de indivíduos do sexo feminino: 49 pacientes
- 4.Total de indivíduos medicados:
  - 4.1.Sexo masculino: 16 pacientes
  - 4.2.Sexo feminino: 02 pacientes
- 5.Medicamentos usados (nomes comerciais):
  - 5.1.Haldol (sexo masc.:03;sexo fem.:02)
  - 5.2.Akineton (sexo masc.:01;sexo fem.:01)
  - 5.3.Stelazine (sexo masc.:01;sexo fem.:01)
  - 5.4.Amplictil (sexo masc.:00;sexo fem.:01)
  - 5.5.Imipramina(sexo masc.:01;sexo fem.:00)
  - 5.6.Tofranil(sexo masc.:01;sexo fem.:00)
  - 5.7.Tegretol(sexo masc.:01;sexo fem.:00)
  - 5.8.Epelin(sexo masc.:01;sexo fem.:00)

---

(\*) resumo do trabalho por nós apresentado, em co-autoria, na disciplina "Psicofarmacologia", curso de pós-graduação da FCM-UNICAMP, sendo docente Prof.Dr.Isac G.Karniol. Op.cit. (32)

- 5.9. Diazepam (sexo masc.:01;sexo fem.:00)  
 5.10. Dalmadorm (sexo masc.:01;sexo fem.:00)  
 5.11. Gamalisin(sexo masc.:01;sexo fem.:00)  
 Obs.: usado como orexígeno

Algumas observações integram ainda este trabalho (32):

- \* Foram medicados 12,5% dos adolescentes em atendimento;
- \* Os adolescentes, nosso objeto de interesse, são ainda grandes desconhecidos, inclusive para si próprios;
- \* Os psicofármacos possuem ainda muitos mecanismos de ação desconhecidos;
- \* Tendo isso em vista, poderá parecer que medicar distúrbios mentais na adolescência é tarefa impossível (33) mas a prática mostra que não é bem assim. A terapêutica por droga, ainda que no contexto histórico que a originou tenha sido usada como "camisa de força química" (49), tem sua aplicação, sua validade e suas indiscutíveis vantagens;
- \* Na medicina socializada, em que o psiquiatra deve atender a muitos pacientes e a disponibilidade de psicoterapeutas é reduzida, a medicação psiquiátrica encontra sua utilização; evidentemente, considerando que a psicoterapia ainda é o tratamento preferencial para adolescentes cuja saúde mental não esteja muito comprometida.

Seguem-se recomendações, quando da prescrição de psicofármacos a adolescentes:

1. compreensão dinâmica do que significa ser um adolescente;
2. identificação da modalidade relacional apresentada;
3. individualização da terapia medicamentosa; se possível utilizar doses baixas, aumentadas gradualmente até a obtenção de efeito terapêutico;
4. Informar ao paciente as recomendações básicas para o uso daquele psicofármaco (o que ele não pode fazer enquanto estiver tomando, por exemplo);
5. além de considerar que a metabolização da droga é diferente de indivíduo para indivíduo, atentar para o fato de que adolescentes possuem organismos em desenvolvimento; no caso específico das adolescentes, considerar riscos com relação a uma possível gravidez e a interferências nas funções reprodutivas.
6. evitar medicação quando se tratar de problemas sociais, pois seu desempenho poderá diminuir, dificultando o manejo da situação e a resolução de seus problemas.

PESQUISA COMPLEMENTAR

ATITUDES DE ADOLESCENTES COM RELAÇÃO  
A MEDICAMENTOS:

Em anexo a nosso estudo, decidimos questionar adolescentes, numa amostra da população, para tentar entender algumas de suas idéias e sentimentos com relação ao uso de medicamentos.

Objetivo: pesquisa de crenças, fantasias e atitudes de adolescentes (10 a 19 anos) com relação ao uso de medicamentos em geral e de psicofármacos em particular.

Instrumentos de pesquisa: dois questionários, cujos modelos constam em anexo.

Condições da aplicação: escolhemos alunos de uma escola estadual(\*), turnos da manhã e da tarde. Esta escola, pela gratuidade, localização em região central da cidade e pelo bom padrão de ensino, caracteristicamente recebe alunos de todas as classes socioeconômicas representadas na cidade. Sem que fossem avisados previamente, os dois questionários, mimeografados, foram entregues a 300 (trezentos) adolescentes de 10 a 19 anos, da 5ª, 6ª e 7ª séries do 1º grau de ensino e da 1ª e 2ª séries do 2º grau de ensino, numa média de 35 alunos por classe. Os alunos não foram informados de que eu era uma médica. Achamos útil esta precaução para garantir a neutralidade das respostas. Cópias de ambos os questionários foram entregues na diretoria do colégio para seu conhecimento e autorização. Ficou a promessa de entregarmos uma cópia da tese à biblioteca do colégio. A diretora e duas das orientadoras educacionais estiveram presentes, embora não simultaneamente, às aplicações do questionário nas classes. As turmas foram escolhidas aleatoriamente, tendo por critério o contato com as que:

1. possuíssem alunos na faixa etária desejada;
2. não estivessem realizando provas ou avaliações de qualquer espécie;
3. cujos professores autorizassem a aplicação do instrumento de pesquisa, visto o andamento das aulas.

Os questionários foram entregues com uma breve explicação, que incluía a leitura das primeiras linhas, e recolhido num tempo médio de dez minutos.

A maioria dos adolescentes mostrou curiosidade e in-

---

(\*) Escola Estadual Prof. Mário Junqueira Ferraz de São Lourenço-MG

teresse, respondendo diligentemente e em silêncio. Foi desencorajada, com delicadeza, a comunicação entre os alunos. Qualquer pergunta sobre as questões era respondida da mesma forma: esclarecendo que a folha continha as informações necessárias.

Observação: duas classes de quinta série do primeiro grau mostraram-se agitadas, rindo, levantando-se e conversando. Destas turmas muitos, ao que parece, cansaram-se de responder às questões, sendo entregues vários questionários com as perguntas finais em branco, o que não podemos atribuir apenas ao não-entendimento destas. Uma das turmas da 1ª série do segundo grau mostrou-se inquieta, e foi considerável a incidência de respostas do tipo "não sei", "não compreendo". Aqui não consideramos que o motivo se relacionasse com a formulação inadequada das questões ou com um plano de amostragem insatisfatório. Atribuímos simplesmente à desatenção dos grupos de alunos sentados nas cadeiras do fundo da classe, durante as explicações iniciais. Além disso, nas primeiras linhas estavam instruções que não foram lidas aparentemente por alguns alunos, a julgar pelas respostas (ver adiante).

Idades	Sexo masculino	Sexo feminino	Totais
10	01	01	02
11	13	17	30
12	15	11	26
13	11	19	30
14	02	08	10
15	16	12	28
16	32	10	42
17	08	05	13
18	05	04	09
19	02	08	10
Totais	105	95	200

Idades	Sexo masculino	Sexo feminino	Totais
10	05	05	10
11	17	10	27
12	12	20	32
13	12	12	24
14	01	05	06
15	01	00	01
Totais	48	52	100

Série	Sexo masculino	Sexo feminino	Totais
5ª	20	17	37
6ª	11	24	35
7ª	11	17	28
Totais	42	58	100

QUESTIONÁRIO  
I

Série	Sexo masculino	Sexo feminino	Totais
5ª	28	25	53
6ª	10	12	22
7ª	07	20	27
Totais	45	57	102

QUESTIONÁRIO  
II

Série	Sexo masculino	Sexo feminino	Totais
1ª	38	30	68
2ª	21	09	30
Totais	59	39	98

O primeiro dos questionários apresentados foi construído para atender a algumas interrogações que formavam o núcleo de algumas de nossas hipóteses. Assim, eram seus objetivos:

- \* obter uma conceituação dos adolescentes sobre o que são medicamentos;
- \* obter informações sobre crenças e fantasias acerca de: eficiência da medicação, consideradas suas fontes de obtenção; fatores que modificam o efeito de medicamentos; uso de medicamentos.
- \* avaliar o grau de dependência com relação aos familiares quando se trata de ministrar medicamentos;
- \* obter informações sobre o padrão de uso de medicamentos numa escola regular de 1ª e 2ª graus;
- \* pesquisar os motivos que adolescentes acreditam suficientes para uma pessoa fazer uso de medicamentos;
- \* pesquisar as vias de administração mais e menos aceitas por adolescentes; tentar entender as possíveis causas de medo com relação ao uso de medicamentos;

- \* estabelecer uma comparação entre a relação médico-paciente adequada e o efeito terapêutico;
- \* avaliar o grau de obediência às prescrições médicas.

Tais objetivos revelaram-se na prática muito ambiciosos, embora se tornassem muito úteis durante a formulação das quinze questões.

Responderam ao questionário cem estudantes, adolescentes da 5ª à 7ª série do primeiro grau de ensino, todos solteiros e estudando no turno da tarde. Foram referidas as seguintes ocupações, além das escolares:

Menina, 10 anos: "Televisão"

Menina, 11 anos: "Brincar, trabalhar e ajudar minha mãe"

Menina, 13 anos: "Cobrador e padeiro"

Menino, 13 anos: "Ajudo meu pai"

Menina, 13 anos: "Doméstica"

Muitos forneceram mais de uma resposta nas questões de múltipla escolha. Muitas foram as questões em branco (343) e as respondidas parcialmente (75). As questões em branco assim se distribuíram:

1ª questão:	28
2ª questão:	1
3ª questão:	5
4ª questão:	0
5ª questão:	8
6ª questão:	3
7ª questão:	30
8ª questão:	6
9ª questão:	19
10ª questão:	15
11ª questão:	44
12ª questão:	25
13ª questão:	40
14ª questão:	74
15ª questão:	45

É possível que muitas destas abstenções sejam o reflexo da inadequada construção de frases. Tal nos pareceu ser, especificamente, o caso das questões 11, 13, 14 e 15; da questão 7. Já a questão 1 envolvia uma conceituação, e já era esperada uma

certa hesitação por parte dos adolescentes.

QUESTÃO 1:

Pedimos a opinião sobre o que os adolescentes entendem por "remédios". Algumas relações foram obtidas:

- a) associação com doença, doente, enfermidade: 43 respostas
- b) associação com dor: 10 respostas
- c) associação com ajuda: 10 respostas
- d) associação com sarar, melhorar, aliviar, salvar: 11 respostas
- e) adjetivos como necessários, importantes, indispensáveis: 6 respostas
- f) associação com recuperar e combater doenças: 4 respostas
- g) associação a cientista, médico, invenção, laboratório: 11 respostas
- h) dúvida quanto à eficiência com uso de expressões como: às vezes, algumas vezes, muitas vezes, tem vezes, mais ou menos: 12 respostas

Remédios foram definidos em função de sua estrutura (objeto material e cultural):

- a) "são medicamentos": 4 respostas
- b) "substância" e composição química: 8 respostas
- c) "coisa", algo, elemento, objeto: 10 respostas
- d) produtos, preparados, fórmulas, poções: 9 respostas
- e) "drogas": 4 respostas
- f) "alimentos": 1 resposta
- g) "instruções": 1 resposta
- h) definição de remédios pela sua apresentação: "comprimidos", "líquidos", "pastilhas", "pílulas", "sólidos": 14 respostas

Segue-se a transcrição de algumas das respostas, e não de todas, porque muitas se equivaliam em conteúdo:

Menina, 10 anos: "São coisas que servem para curar pessoas doentes"

Menina, 10 anos: "São instruções que o médico dá para você melhorar"

Menino, 10 anos: "São medicamentos que curam doenças ou acabam com a dor"

Menino, 10 anos: "são curadores de doenças"

Menino, 11 anos: "são coisas que podem salvar sua vida"

Menina, 11 anos: "São produtos que nos ajudam a ficar melhor de saúde"

Menina, 11 anos: "São umas substâncias que geralmente os médicos receitam para curar a enfermidade"

Menina, 11 anos: "Remédio é uma coisa que a gente toma se tiver alguma dor e melhora essa dor"

Menina, 12 anos: "Um tipo de cura"

Menina, 12 anos: "Substâncias que servem para curar doenças e dores"

Menino, 12 anos: "Algo que todo doente deve tomar"

Menina, 12 anos: "São coisas que aliviam as dores mentais, físicas"

Menino, 12 anos: "Cada remédio tem sua função para curar determinada doença, como injeções, cápsulas, etc"

Menino, 12 anos: "São certos elementos, combinados em laboratório, para ajudar o ser humano"

Menina, 12 anos: "É uma substância química que passa por muitos testes, para ver se serve ou não para aquela doença"

Menina, 12 anos: "São coisas que a gente toma e se sara de alguma dor"

Menina, 13 anos: "São como uns alimentos que produzem vitaminas e alguns produtos que nos ajudam"

Menino, 13 anos: "São fórmulas feitas para curar ou prevenir"

Menina, 13 anos: "Produtos que são tomados por pessoas em mau estado de saúde"

Menina, 13 anos: "É um líquido ou comprimido para evitar ou combater doenças e dores"

#### QUESTÃO 2:

Pedimos que os adolescentes assinalassem que grupos de remédios consideram mais eficientes. Alguns assinalaram mais de uma resposta:

1. Remédios comprados nas farmácias apenas com receita médica:

68 respostas

2. Remédios caseiros (ervas e chás): 35 respostas

3. Acham que todos os remédios são eficientes: 21 respostas

4. Homeopatia: 16 respostas

5. Remédios comprados na farmácia sem receita médica: 7 respostas

6. Não acreditam na eficiência de nenhum remédio: 0 respostas (em maior ou menor grau, todos acreditam que remédios possam ser eficazes)

#### QUESTÃO 3:

Perguntamos aos adolescentes: se pudesse optar, que via de administração escolheria sempre para remédios, e porque?

1. Oral (comprimidos, drágeas, cápsulas): 43 respostas

2. Oral (líquido ou pastoso): 32 respostas

3. Uso direto sobre a pele ou mucosas (cremes, pomadas, líquidos):  
31 respostas.

Psicodinamicamente estas 3 vias relacionam-se com a esfera oroalimantar (oralidade): é possível que o remédio esteja sendo considerado uma espécie de alimento.

4. Injetável(intramuscular): 11 respostas  
 5. Anal(supositórios): 7 respostas  
 6. Nebulização(inalação): 6 respostas  
 7. Injetável(intravenosa): 4 respostas

As explicações para tais preferências foram:

- Menino, 10 anos: "Para não dar micróbios" (opção 3)  
 Menino, 10 anos: "Porque eu já estou acostumado" (opção 1)  
 Menina, 10 anos: "Porque é mais prático e não tem contraindicação"  
 (opção 5)  
 Menina, 10 anos: "Porque tenho preferência nestes remédios( 1,3,5)  
 Menino, 11 anos: "Porque me sinto melhor quando tomo comprimidos"(1)  
 Menina, 11 anos: "Porque eu gosto de pomadas"(3)  
 Menino, 11 anos: "Não nos incomoda"(1)  
 Menina, 11 anos: "Porque o líquido é melhor"(2)  
 Menina, 11 anos: "Porque é mais confiável a respeito de crianças"(1)  
 Menina, 12 anos: "É um tipo de cura que não sentimos e faz bem"(5)  
 Menina, 12 anos: "Porque dói menos e é menos amargo"(5)  
 Menina, 12 anos: "Porque são menos ruins e não sentimos dores"(2,3)  
 Menina, 12 anos: "Porque é diretamente"(7)  
 Menino, 12 anos: "Porque intramuscular, apesar de dolorosa, ajuda a  
 passar a dor"(4)  
 Menino, 12 anos: "Porque é só tomar de acordo com o horário"(1)  
 Menina, 12 anos: "Um remédio líquido para mim tem mais eficiência"(2)  
 Obs.: Em Pediatria, a maioria dos medicamentos são em for-  
 ma líquida: é provável que esta vivência anterior influ-  
 encie as respostas de alguns adolescentes.  
 Menino, 12 anos: "Porque é bom para a saúde"(1,3,4 e 6)  
 Menina, 13 anos: "Talvez porque pense que o resultado é mais rápido"  
 (opções 1 e 4)  
 Menino, 13 anos: "Porque é mais fácil e menos doloroso"(1,2,3 e 6)  
 Menino, 13 anos: "Porque são mais fáceis de ser aplicados e eu acho  
 que tem menos riscos"(1 e 2)  
 Menino, 13 anos: "Porque eu acho o modo mais simples e confiável"  
 (opções 2,3,4 e 5)  
 Menino, 13 anos: "Porque não tem gosto"(1)  
 Menino, 13 anos: "Porque são simples e não são dolorosos"(1 e 3)  
 Menino, 13 anos: "Líquido é mais suave"(2)  
 Menina, 13 anos: "Porque é mais eficiente"(1)  
 Menino, 13 anos: "Porque eu acho mais fácil de usar"(3)  
 Menina, 14 anos: "Líquido para tomar e pastoso para passar na pele"  
 (opções 2 e 3)

Menino, 14 anos: "Porque pode tomar com água para não ficar margoso"  
(amargo). Opção 1

Menina, 14 anos: "Porque é mais fácil de tomar e não tem gosto ruim"  
(Opção 1)

Menina, 14 anos: "Porque eu acho que remédios injetáveis são mais fortes" (opção 4)

Obs.: esta crença é compartilhada por muitos adolescentes que atendi.

Os valores atribuídos a estas vias de administração podem ser assim sintetizados:

1. "mais simples", "melhor", "mais fácil", "mais eficiente", "mais prático": 29 respostas

2. Ausência de dor, ou "menos doloroso": 7 respostas

3. Ausência de gosto ruim, "sem gosto": 4 respostas

Imaginamos que, idealmente, o remédio mais aceito por estes adolescentes seja: simples, indolor, gosto aceitável.

#### QUESTÃO 4:

Perguntamos qual o motivo mais comum para que uma pessoa faça uso de remédios, e as respostas foram as seguintes:

1. Alívio da dor: 51 respostas

2. Melhorar a função: 52 respostas, em dois grupos:

2.1. Corrigir algo que não funciona bem: 29 respostas

2.2. Melhorar as defesas do organismo: 23 respostas

3. Fortificar/dar energia ao corpo: 16 respostas

4. Alívio do mal-estar ou desconforto físico: 16 respostas

5. Porque não consegue dormir (insônia): 8 respostas

6. Porque está tenso ou nervoso: 6 respostas

Obtivemos outras respostas, que se transcrevem a seguir:

Menino, 11 anos: "Para ajudar em geral, mas não problemas amorosos e sociais"

Menina, 12 anos: "Para melhorar e porque está enfêrma"

Menina, 12 anos: "Para ser curado daquela doença"

Obs: houve mais tres respostas semelhantes a esta.

Menina, 13 anos: "Para dar energia às células"

Menina, 14 anos: "Para sarar rápido"

Perguntamos se remédios poderiam resolver todos os problemas físicos, mentais e sociais de uma pessoa, e porque. As respostas foram:

1. Não: 75 respostas
2. Sim: 14 respostas
3. Depende: 1 resposta

Dentre os que responderam NÃO, as explicações foram:

Menino, 10 anos: "Porque doenças físicas, mentais e sociais não têm cura"

Menina, 10 anos: "Porque alguns médicos às vezes dão o remédio errado"

Menina, 10 anos: "Porque às vezes não ajuda muito"

Menina, 10 anos: "Porque certos problemas não têm cura"

Obs.: este tipo de resposta repetiu-se várias vezes.

Menino, 10 anos: "Porque a gente deve curar na consciência"

Menina, 11 anos: "Porque nem todos são confiantes, uns curam, outros não"

Menina, 11 anos: "Remédios foram feitos para o alívio da dor, e etc, mas não para os problemas mentais e coisas assim"

Menino, 11 anos: "Também precisa de ginástica e de uma boa saúde"

Menina, 11 anos: "Porque às vezes, nem resolver os problemas não resolvem"

Menino, 11 anos: "Existem outros modos de se curar quanto aos problemas físicos e mentais"

Obs.: O menino não explicou quais seriam estes modos.

Menino, 11 anos: "Porque quem resolve os problemas sociais é ele mesmo"

Menino, 11 anos: "O remédio age apenas fisicamente"

Menino, 11 anos: "Magro. Porque ele não toma proteínas e não come direito" (?)

Menina, 11 anos: "Certos remédios às vezes fazem até mal"

Menina, 11 anos: "Nem todos, porque alguns em vez de melhorar podem piorar"

Menina, 11 anos: "Porque não há remédio para problema mental e social"

Menina, 11 anos: "Porque tem pessoas doentes que tomam remédios só para o alívio da dor e não cura"

Menina, 11 anos: "Porque há problemas mentais que nenhum remédio resolve"

Menina, 12 anos: "Porque depende também da pessoa"

- Menina, 12 anos: "Quase todas as vezes não, porque certos tipos de problemas só você pode resolver"
- Menina, 12 anos: "Porque a fé ajuda"
- Menino, 12 anos: "Porque os remédios podem resolver problemas físicos e mentais, mas sociais acho pouco provável"
- Menino, 12 anos: "Pelo seguinte: sociais quem resolve é só a família ele (remédio) só resolve problemas com cura"
- Menina, 12 anos: "Não é todo o caso que é fácil de se curar"
- Menino, 13 anos: "Porque os remédios foram feitos para curar as dores do corpo"
- Menino, 13 anos: "Por exemplo os sociais, os remédios não ajudam no seu problema financeiro, etc"
- Menina, 13 anos: "Há sempre um meio de resolver estes problemas sem precisar de remédio"
- Menino, 13 anos: "Existem problemas que só a pessoa mesma pode curar"
- Menino, 13 anos: "Físicos, si, mas mentais e sociais não, porque são coisas que remédio não conserta"
- Menina, 13 anos: "Porque isso pode se resolver psicologicamente"
- Menina, 13 anos: "Muita gente não conserta só com remédios"
- Menina, 13 anos: "Problemas nem todos. Às vezes as pessoas tomam remédios para fugir do problema, mas não resolvem"
- Menina, 13 anos: "Porque pode ser uma doença grave que não tem cura como a AIDS"
- Menina, 14 anos: "Porque só alivia naquele instante e não cura de verdade"
- Menina, 14 anos: "Porque existem pessoas que não se adaptam a remédios".

Dentre os que responderam SIM, as explicações foram:

- Menino, 10 anos: "Porque os remédios curam as doenças"
- Menina, 10 anos: "Porque a pessoa se sente bem tomando remédio"
- Menino, 10 anos: "Porque os remédios são bons para a saúde"
- Menino, 11 anos: "Porque se a pessoa está ruim tem que se remediar para ficar boa"
- Menina, 11 anos: "Porque é necessário para o corpo e para a mente"
- Menina, 11 anos: "Físicos"
- Menino, 12 anos: "Porque são pequenas coisas muito estudadas e científicas; fabricar não é fácil como ficar doente"
- Menino, 12 anos: "Mas nem sempre resolvem os problemas mentais"
- Menina, 12 anos: "Porque são feitos para resolver estes problemas"
- Menino, 13 anos: "Porque cada remédio tem uma função"
- Menina, 13 anos: "Porque aliviam as dores e nos deixam tranquilos"

Houve uma resposta "depende" (Menina, 13 anos) e a explicação foi a seguinte: "Porque tem pessoas que tomam remédio e adianta, outros adianta".

QUESTÃO 6:

Foi feita a seguinte pergunta: "se o paciente gosta do médico e confia nêle, você acha que isso pode fazê-lo sentir-se melhor, mesmo sem o uso de remédios?"

SIM: 60 respostas

NÃO: 28 respostas

Estas foram outras respostas dadas:

Menino, 11 anos: "Pode, isto ajuda a tranquilizá-lo"

Menina, 12 anos: "Às vêzes"

Menino, 13 anos: "Mais ou menos"

Menino, 13 anos: "Não, porque é uma coisa da cabeça"

Menino, 14 anos: "Sim, pode ter confiança"

QUESTÃO 7:

Foi perguntado: "você acha que as suas emoções e sentimentos podem influir no efeito do remédio que você toma? Explique porque". As respostas a esta pergunta assim se distribuíram:

NÃO: 34 respostas

EM BRANCO: 30 respostas

SIM: 28 respostas

TALVEZ: 1 resposta

NÃO SEI: 1 resposta

As explicações dadas foram:

Menina, 10 anos: "Porque alguns remédios são muito fortes"

Menina, 10 anos: "Porque isso é da pessoa, não tem nada a ver com remédios"

Menina, 10 anos: "Porque se você não estiver doente você tem emoções e se você estiver doente fica triste"

Menino, 10 anos: "Não é à toa que tomamos remédios"

Menina, 10 anos: "Porque às vêzes emoções e sentimentos são muito fortes"

Menino, 11 anos: "Porque às vêzes o remédio dá dor de cabeça, dor de barriga e etc"

Menino, 11 anos: "Porque se você tem fé você renova suas forças só"

Menino, 11 anos: "Isso é coisa do coração"

Menino, 11 anos: "Porque as emoções não têm nada a ver"

Menino, 11 anos: "Você lembra de casos que já aconteceram e não passam bem"

Menino, 11 anos: "Porque sua emoção não influi no efeito do remédio"

Menino, 11 anos: "Eu acho que não tem muita relação"

Menino, 11 anos: "Porque os remédios são drogas, não drogas que matam, mas que mexem com a pessoa"

Menino, 11 anos: "Porque ele ajuda a nos animar"

Menina, 11 anos: "Acho que não porque nunca vi isto"

Menina, 12 anos: "Porque sentimento é uma coisa comum, e então não precisamos do remédio"

Menina, 12 anos: "Às vezes o remédio pode ser muito forte e você tomar em quantidade, embriagar-se"

Menina, 12 anos: "Porque se a pessoa coloca na cabeça que ela vai sarar, isso a ajuda"

Menino, 12 anos: "Se você ficar nervoso ou qualquer outra coisa o remédio não faz efeito"

Menino, 12 anos: "Se estivermos tensos não há uma circulação direta do remédio"

Menina, 12 anos: "Porque ele é para curar e não para resolver nossos sentimentos"

Menino, 13 anos: "Porque se você ficar pensando que vai piorar, seu corpo reage contra o efeito do remédio"

Menino, 13 anos: "Porque uma coisa não tem nada a ver com a outra"

Menina, 13 anos: "Porque se tivermos pensamento positivo já ajuda muito"

Menino, 13 anos: "Porque nem tudo remédio pode fazer"

Menina, 13 anos: "Porque é a cabeça que manda no corpo"

Menina, 13 anos: "Porque você fica com medo do remédio não funcionar"

Menino, 14 anos: "Se a gente ficar nervoso pode piorar a doença"

Menina, 14 anos: "Ajuda o remédio a agir mais rápido quando as emoções são boas"

QUESTÃO 8:

197

Com relação às recomendações que o médico faz sobre o uso de remédios, obtivemos as seguintes atitudes:

1. Você as segue totalmente: 57 respostas afirmativas
2. Segue quase todas: 25 respostas afirmativas
3. Raramente segue as recomendações: 12 respostas afirmativas
4. O médico não faz recomendações: 4 respostas afirmativas
5. Você muda os horários: 4 respostas afirmativas
6. Toma junto outros remédios: 3 respostas afirmativas
7. Você muda a dose: 2 respostas afirmativas
8. Você usa outro remédio: 2 respostas afirmativas
9. Não segue nenhuma delas: nenhuma resposta afirmativa

Duas respostas diferentes:

Menino, 11 anos: "O meu pai é médico"

Menino, 11 anos: "Depende do médico"

QUESTÃO 9:

Farguntamos a reação dos adolescentes quando lhes dizem que precisam tomar remédios. Foram as seguintes as respostas:

Menino, 10 anos: "Eu falo: agora não"

Menina, 10 anos: "Às vezes aceito a opinião"

Menina, 10 anos: "Vou ao médico ver se preciso"

Menino, 10 anos: "Tomar remédios para que, eu não estou doente..."

Menina: "Às vezes normal, outras vezes cansaço" (10 anos)

Menino, 10 anos: "Tomar os remédios"

Menina, 10 anos: "Quando vejo que eu preciso tomar, eu vou aos conselhos, mas quando me sinto bem e eles insistem, logo consulto o meu médico"

Menina, 11 anos: "Eu falo: mas que eu tenho para tomar remédio?"

Menina, 11 anos: "Eu tomo normalmente, a não ser que o remédio seja injeção"

Menina, 11 anos: "Nem sempre tomo, primeiro tento outro modo, senão der certo aí tomo remédio"

Menina, 11 anos: "Procurar um médico"

Menina, 11 anos: "Eu não estou doente"

Menino, 11 anos: "De ódio"

Menino, 11 anos: "Tomar os remédios sem reclamação"

Menino, 11 anos: "Ir ao médico para ver se eu posso tomar"

- Menino, 11 anos: "Tomo quando eu acho necessário tomar"
- Menino, 11 anos: "Se fosse comprimido, ia, mas se fosse líquido não ia"
- Menino, 11 anos: "Nem ligo"
- Menino, 11 anos: "Me sinto mal e às vezes não aceito"
- Menino, 11 anos: "Boa"
- Menina, 11 anos: "Calma, porque não acredito, só se for médico"
- Menino, 11 anos: "Dizer que tomo, e de me cuidar"
- Menino, 11 anos: "Ir tomar"
- Menino, 11 anos: "Normal, eu os tomo"
- Menino, 12 anos: "Dizer que não quero"
- Menino, 12 anos: "Quero saber porque e fico meio nervoso"
- Menino, 12 anos: "Xingo, grito, mas tenho que tomar senão ficarei mais doente"
- Menina, 12 anos: "Quando é uma dor de cabeça leve ou outras, eu vou na farmácia e compro, tem vezes que eu não vou ao médico primeiro para ver o que ele fala"
- Menina, 12 anos: "Muito ruim, porque não gosto de tomar"
- Menina, 12 anos: "Ah, eu não posso fazer nada, porque se não tomar, vou ficar sentindo dor do mesmo jeito"
- Menina, 12 anos: "Eu acho ruim porque não gosto de tomar"
- Menino, 12 anos: "Eu procuro um médico para saber se devo ou não"
- Menino, 12 anos: "Ir procurar remédio"
- Menino, 12 anos: "Minha reação é comum. Não tenho medo de usar remédios"
- Menina, 12 anos: "Normal, pois remédio não faz mal a ninguém"
- Menino, 12 anos: "Uma reação normal, apesar de eu não gostar de ingeri-lo"
- Menino, 12 anos: "Se eu realmente precisasse, sim"
- Menina, 12 anos: "Não tomar sem receita médica"
- Menina, 12 anos: "Depende para que o remédio serve"
- Menina, 12 anos: "Depende do remédio"
- Menina, 12 anos: "Se preciso, os tomo"
- Menino, 12 anos: "Minha reação é seguir as ordens do médico, eu fico tranquilo"
- Menina, 12 anos: "Má. Ruim."
- Menina, 12 anos: "Às vezes boa, às vezes ruim"
- Menino, 12 anos: "Tomar logo para melhorar"
- Menina, 12 anos: "Fico nervosa, pensando que a minha doença pode ser grave"
- Menina, 13 anos: "Que nós não devemos tomar qualquer remédio"
- Menina, 13 anos: "Não gosto de tomar remédios"

- Menina, 13 anos: "Tomo se necessário realmente"
- Menino, 13 anos: "Eu falo que vou tomar mas não tomo"
- Menino, 13 anos: "Uma reação de uma pessoa que nem liga para o que falou"
- Menino, 13 anos: "Não"
- Menina, 13 anos: "Pergunto se é ruim"
- Menina, 13 anos: "Costumo tomar para ver se melhora"
- Menina, 13 anos: "Ruim"
- Menina, 13 anos: "Tomo sem problema algum"
- Menina, 13 anos: "Penso que sentirei melhor com eles"
- Menino, 13 anos: "Digo: deixa piorar, mas remédio só em último caso"
- Menino, 13 anos: "Seguir o conselho"
- Menino, 13 anos: "Fico nervoso para ver os remédios, e o porquê de usá-los"
- Menino, 13 anos: "A favor"
- Menino, 13 anos: "Se precisar eu tomo"
- Obs.: Houve duas respostas semelhantes.
- Menina, 13 anos: "Nervosa"
- Menino, 13 anos: "Calmo, às vezes agitado"
- Menino, 13 anos: "Nenhuma, fico calmo"
- Menina, 13 anos: "Eu vejo como estou, se estou me sentindo melhor"
- Menina, 14 anos: "Tomo os que precisar"
- Menina, 14 anos: "Ruim"
- Menina, 14 anos: "Acho mesmo que tenho que tomar, e no final eu acabo tomando"
- Menina, 14 anos: "Faço cara de enjôo"
- Menina, 14 anos: "Nenhuma reação, eu tomo se o médico indicar"
- Menino, 15 anos: "Comum"

#### QUESTÃO 10:

Pesquisamos a atitude dos adolescentes com relação a verificar doses, indicações e horários da medicação: se se encarregavam disso ou se dependiam de alguém para fazê-lo. Foram as seguintes as respostas:

1. Ele mesmo se encarrega: 31 respostas
2. Pede para alguém fazer isto: 49 respostas
3. Ambas as atitudes: 1 resposta
4. Pedem ajuda à mãe: 11 adolescentes

Outras respostas:

- Menina, 11 anos: "Peço para alguém me ajudar a lembrar, porque às vezes, por distração, esqueço de tomá-lo"

Menina, 11 anos: "Às vezes sim, porque tenho medo de esquecer"

Menino, 11 anos: "Eu peço para a minha mãe"

Menina, 12 anos: "Vou ao médico"

### QUESTÃO 11:

Perguntamos que fatores poderiam, na opinião dos adolescentes, influir no efeito dos medicamentos. Obtivemos as seguintes respostas:

1. O tempo, o clima (chuva, sol, ventos, tempo encoberto por nuvens, frio, calor, etc.): 24 respostas afirmativas
2. A pessoa do médico que receita o remédio: 16 respostas
3. O lugar (montanha, planície, presença de vegetação, cidade, roça, e o fato de se encontrar longe ou perto de familiares e amigos):  
10 respostas
4. Signo, horóscopo (influências astrológicas): 7 respostas
5. O fato do remédio ter sido indicado na farmácia: 7 respostas
6. O fato do remédio ter sido indicado por alguém de sua família:  
6 respostas
7. O nome, o cheiro, a forma, a cor ou o gosto do remédio: 6 respostas
8. O fato de ter ganho o remédio (de conhecidos, amostras grátis):  
5 respostas
9. O fato de o remédio ter sido indicado por curandeiro ou rezadeira:  
4 respostas
10. As fases da lua: nenhuma resposta.

Obs.: aqui entendemos que teria sido mais útil detalhar as perguntas, embora isso tornasse ainda mais longo o questionário.

As explicações dadas para as escolhas feitas são:

Menino, 11 anos: "Porque às vezes o curandeiro ou a rezadeira nos dão remédios falsos"

Menino, 11 anos: "Porque se você tem confiança no seu médico, você acredita que ele vai te curar"

Menina, 11 anos: "Não devemos tomar remédio por conta própria"

Menino, 11 anos: "Você acha estranho ganhar remédios sem mais nem menos"

- Menino, 11 anos: "Porque na farmácia eles conhecem os remédios"
- Menino, 11 anos: "Como já disse, meu pai é médico, e posso ter confiança nele"
- Menino, 11 anos: "Porque me sinto mais seguro"
- Menina, 12 anos: "Remédios não devem ser ganhos de qualquer jeito, deve-se procurar um médico"
- Menina, 12 anos: "Não, não podem influir nos efeitos do remédio"
- Menina, 12 anos: "Porque, se o médico receitou, é porque ele sabe o que está fazendo"
- Menino, 12 anos: "Porque sempre procuro os melhores médicos"
- Menino, 12 anos: "Porque o tempo ajuda, resfria uma pessoa, piorando a sua dor"
- Menino, 12 anos: "Porque o lugar onde nos encontramos nem sempre é favorável à ingestão do remédio"
- Menina, 12 anos: "Porque eu não tenho confiança no remédio"
- Menino, 13 anos: "Porque às vezes ele não é bem indicado para a doença"
- Menino, 13 anos: "Não dependo do remédio"
- Menino, 13 anos: "O médico sendo uma pessoa boa, ajuda-nos a melhorar"
- Menino, 13 anos: "Depende do remédio"
- Menina, 13 anos: "O nome talvez não, mas o gosto do remédio sim. Muitas pessoas deixam de tomar por causa do gosto"
- Menino, 14 anos: "Por exemplo, ficar resfriado em pleno verão, você sentindo frio e lá fora o calor é de rachar"

#### QUESTÃO 12:

Perguntamos sobre o uso de medicamentos, e foram as seguintes as respostas obtidas:

1. Fazem uso constante de remédios: 11 respostas
2. Fazem uso ocasional de remédios: 07 respostas
3. Só tomam remédios quando são necessários: 62 respostas
4. Tomam remédios quando não são necessários: 1 resposta
5. Nunca tomam remédios: 1 resposta

#### QUESTÃO 13:

Perguntamos qual seria o medo ou receio mais comum das pessoas com relação aos remédios. As respostas dos adolescentes foram:

1. Receio de fazer mal, de danificar o organismo: 23 respostas
2. Dúvida se poderão mesmo resolver seus problemas: 21 respostas

3. Medo de doer na hora de aplicar ou de ter gosto ruim: 12 respostas
4. Medo de apresentar efeitos colaterais desagradáveis: 9 respostas
5. O preço; receio de que possam custar caro: 7 respostas
6. Medo de criar dependência física: 6 respostas
7. Medo de criar dependência psicológica: 4 respostas

No espaço que reservamos para "outras respostas", surgiu esse comentário:

Menino, 13 anos: "Medo de não sarar a doença"

#### QUESTÃO 14:

Esta questão teve 74 respostas em branco, o que atribuímos a uma falha nossa de formulação. A pergunta foi a seguinte: "O relacionamento entre médico e paciente influi no resultado do tratamento e no efeito do remédio? Como?" As respostas obtidas foram as seguintes:

1. Achem que influi: 13 respostas afirmativas
2. Achem que não influi: 8 respostas afirmativas
3. Não sabem: 1 resposta afirmativa

Parece que a hesitação maior correu por conta da palavra "relacionamento".

As explicações foram as seguintes:

Menina, 12 anos: "Sim, porque o médico tem que ser franco com o paciente, e também calmo com ele"

Menino, 12 anos: "Sim, porque ele explica o que é que deve ser feito"

Menina, 12 anos: "Sim, a partir do momento em que os dois se dão bem se torna mais fácil o relacionamento"

#### QUESTÃO 15:

Pedimos que assinalassem o que, em sua opinião, é correto; obtivemos as seguintes respostas:

1. O que realmente cura é a fé e não os remédios: 26 respostas
2. Se uma pessoa cai doente, é por castigo, deve ter feito algo errado: 9 respostas
3. Você se decepciona quando vai ao médico e este não lhe receita remédios: 17 respostas

Duas respostas espontâneas: "Nenhum" (Menino, 11 anos) e "Nenhum deles eu acho correto" (Menina, 12 anos).

ATITUDES COM RELAÇÃO A MEDICAMENTOS (I)

Instruções: Indique por favor idade\_\_ sexo: \_\_ocupação: \_\_\_\_\_

Não é necessário colocar seu nome aqui.

Caso não entenda alguma questão, deixe-a em branco.

Questões:

1. Na sua opinião, o que são remédios? \_\_\_\_\_

2. Que grupo de remédios, em geral, você acha mais eficientes?

- remédios comprados na farmácia apenas com receita médica
- remédios comprados na farmácia sem receita médica
- homeopatia
- remédios caseiros (ervas, chás)
- não acredita na eficiência de nenhum remédio
- acha que todos os remédios são eficientes

3. Se pudesse optar, que via de administração escolheria sempre para remédios?

- oral (líquido ou pastoso)
- oral (comprimidos, drágeas, cápsulas)
- anal (supositórios)
- uso direto sobre pele ou mucosas (cremes, pomadas, líquidos)
- nebulização (inalação)
- injetável (intravenosa)
- injetável (intramuscular)

Por favor, explique porque: \_\_\_\_\_

4. Qual o motivo mais comum para que uma pessoa faça uso de remédios?

- alívio da dor
- alívio do mal-estar ou desconforto físico
- porque não consegue dormir
- para melhorar as defesas do organismo
- para fortificar e dar energia ao corpo
- para corrigir algo que não funciona bem
- outra resposta: \_\_\_\_\_

5. Remédios podem resolver todos os problemas (físicos, mentais, sociais) de uma pessoa? \_\_\_\_\_ Explique porque: \_\_\_\_\_

6. Se o paciente gosta do médico e confia nêle, você acha que isso pode fazê-lo sentir-se melhor, mesmo sem o uso de remédios? \_\_\_\_\_

7. Você acha que as suas emoções e sentimentos podem influir no efeito do remédio que você toma? \_\_\_\_\_ Explique porque: \_\_\_\_\_

8. Com relação às recomendações que o médico lhe faz sobre o uso de remédios:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> você as segue totalmente       | <input type="checkbox"/> você muda a dose            |
| <input type="checkbox"/> segue quase todas              | <input type="checkbox"/> você muda os horários       |
| <input type="checkbox"/> raramente segue recomendações  | <input type="checkbox"/> você usa outro remédio      |
| <input type="checkbox"/> não segue nenhuma delas        | <input type="checkbox"/> toma junto outros remédios. |
| <input type="checkbox"/> o médico não faz recomendações |  |

9. Quando lhe dizem: "Você precisa tomar remédios", qual costuma ser a sua reação? \_\_\_\_\_

10. Se você tem que tomar um remédio, você mesmo se encarrega de verificar as doses, indicações e horários, ou pede para alguém fazer isso (por exemplo, para avisar que está na hora)? \_\_\_\_\_

11. Você acredita que algum dos fatores abaixo influem no efeito dos remédios?

- o tempo, o clima (chuva, sol, ventos, tempo encoberto por nuvens, frio calor, etc)
- o lugar onde você se encontra (montanha, planície, presença de vegetação, cidade, roça, e o fato de estar perto ou longe de seus familiares e amigos)
- seu signo, seu horóscopo (influências astrológicas)
- as fases da Lua (crescente, cheia, minguante, nova)
- a pessoa do médico que receita o remédio para você
- o fato do remédio ter sido indicado por alguém de sua família
- o fato do remédio ter sido indicado por curandeiro, ou rezadeira
- o fato do remédio ter sido indicado na farmácia
- o fato de ter ganho o remédio (de conhecidos, amostras grátis)
- o nome, o cheiro, a forma, a cor ou o gosto do remédio

Por favor, explique melhor: \_\_\_\_\_

12. Você, normalmente,

- faz uso constante de remédios
- faz uso ocasional de remédios
- só toma remédios quando são necessários
- toma remédios quando não são necessários
- nunca toma remédios

13. Qual lhe parece o medo ou receio mais comum das pessoas com relação aos remédios?

- medo de criar dependência física
- medo de criar dependência psicológica
- o preço (receio de que possam custar caro)
- medo de doer na hora de aplicar ou de ter gosto ruim
- medo de apresentar efeitos colaterais desagradáveis
- receio de danificar o organismo, de fazer mal
- dúvida se poderão mesmo resolver seus problemas
- outra resposta: \_\_\_\_\_

14. O relacionamento entre médico e paciente influi no resultado do tratamento e no efeito do remédio? Como? \_\_\_\_\_

15. Assinale o que achar correto:

- o que realmente cura é a fé e não os remédios
- se uma pessoa cai doente é por castigo, deve ter feito algo errado
- você se decepciona se vai ao médico e este não lhe receita remédios

O segundo dos questionários aplicados, cujo modelo consta em anexo também, constou de sete questões. Através dele, queríamos:

- \* saber se os adolescentes conheciam e se já haviam usado psicofármacos; se acreditavam em sua ação sobre o sistema nervoso e se os consideravam dispensáveis com relação à saúde mental.
- \* pesquisar os motivos pelos quais uma pessoa se recusa a fazer uso de medicação. O objetivo era comparar estes dados com os fornecidos pelo questionário nº 1.
- \* verificar que problemas, na opinião dos adolescentes, podem ser resolvidos por psicofármacos, tanto a nível físico, mental ou social.
- \* pesquisar crenças, atitudes e fantasias com relação ao uso de psicofármacos (por exemplo, medo, vício, dano)
- \* pesquisar crenças e fantasias sobre a "etiologia" das doenças mentais, do ponto de vista de adolescentes;
- \* associar confiança no médico e efeito terapêutico de medicamentos; associar crenças e fantasias sobre a relação médico-paciente e o efeito terapêutico de medicamentos.

No final das sete questões havia um espaço destinado a receber comentários, caso o adolescente julgasse necessário fazê-los. Em outras palavras, demos uma oportunidade para que se explicasse, se esta fosse sua vontade. Parece que tal conduta foi benéfica, pois houve comentários que poderiam ser considerados descargas de tensões mobilizadas, possivelmente pela situação de aplicação do questionário: frases agressivas, ou mostrando incompreensão, ou pedido, ou curiosidade. (Ver no final do comentário das questões).

Logo após as instruções haviam espaços para que os adolescentes assinalassem, dentre outros, sexo e estado civil. Preencheram de forma inesperada estes espaços:

Menino, 12 anos: "Homem"

Menino, 15 anos: "Macho"

Menino, 12 anos: "Viúvo"

Na construção das questões, cuja avaliação se segue, (questionário II), procurei utilizar frases e expressões de uso corrente, e constantemente ouvidas por mim na clínica ou em palestras cujo público predominante era adolescente. Também o conteúdo de várias idéias apresentadas no questionário segue esta mesma orientação.

Foram, ao todo, duzentos adolescentes que responderam às questões formuladas, cento e cinco rapazes e noventa e cinco moças, todos solteiros e estudantes.

#### QUESTÃO 1:

1. Você já sabia que existiam remédios chamados psicofármacos:  
63 respostas afirmativas
  2. Você acredita que estes remédios possam mesmo agir sobre o sistema nervoso e modificar funções mentais: 123 respostas
  3. Você já usou remédios como estes:
    - a) SIM: 6 respostas
    - b) NÃO: 76 respostas
    - c) Outras respostas:
      - Menina, 14 anos: "Não sei"
      - Menino, 14 anos: "Não, e nem pretendo"
      - Menina, 13 anos: "Nunca usei e acho que faz mal à saúde"
      - Menina, 12 anos: "Não, nunca ouvi falar"
      - Menina, 11 anos: "Nunca. Eu acho que não faz bem!"
      - Menina, 11 anos: "Ainda não"
  4. Uma pessoa pode recuperar a saúde mental sem usar estes remédios: 98 respostas afirmativas
- Total de questões em branco: 11

#### QUESTÃO 2:

Perguntamos dos motivos que levariam uma pessoa a se recusar a usar medicamentos. As respostas poderiam ser agrupadas da seguinte forma:

- 1) respostas do tipo "porque tem medo": 48
- 2) respostas do tipo "porque viciam ou criam dependência": 12
- 3) respostas do tipo "tem efeitos indesejáveis", "faz mal", "prejudica a saúde": 66

Foram dadas, no total, 154 respostas.

Seguem-se algumas transcrições (excetuam-se as que se repetiram):

- Menina, 10 anos: "Porque ela não quer estragar com drogas seu corpo"
- Menino, 10 anos: "Porque ela sabe que é ruim para a saúde"
- Menina, 11 anos: "Porque deve ter medo"
- Menina, 11 anos: "Porque ela pensa que o remédio vai fazer mal"
- Menina, 11 anos: "Porque ela tem medo de acontecer alguma coisa errada"
- Menino, 11 anos: "Porque às vezes tem medo de usar"
- Menina, 11 anos: "Porque tem vergonha de falar a seus colegas que toma este remédio"
- Menina, 11 anos: "Não, porque ela tem medo de usar estes remédios"
- Menino, 11 anos: "Porque ela quer continuar com o sistema nervoso"
- Menino, 11 anos: "Porque pensa em fazer mal à saúde"
- Menino, 11 anos: "Porque tem medo de não curar e prejudicar sua vida"
- Menino, 11 anos: "Porque ela deve ter seus motivos"
- Menino, 11 anos: "Porque tem medo de acontecer alguma coisa de ruim"
- Menina, 11 anos: "Às vezes por ser louco mentalmente"
- Menina, 11 anos: "Esta pessoa pode ter algum medo"
- Menina, 11 anos: "Porque tem medo de não se recuperar"
- Menino, 12 anos: "Porque com o uso desse remédio ela acha que vai ficar pior"
- Menina, 12 anos: "Eu acho que é porque ela tem medo ou não gosta"
- Menina, 12 anos: "Porque esta pessoa acredita que estes remédios fazem mal"
- Menino, 12 anos: "Porque ela tem outro modo de pensar, talvez"
- Menino, 12 anos: "Porque o remédio pode fazer outro efeito"
- Menino, 12 anos: "Porque ela acha que isso vai prejudicá-la"
- Menino, 12 anos: "Medo de efeitos colaterais, ou porque é de gosto ruim"
- Menina, 12 anos: "Eu acho que não deveria tomar, remédio faz mal à saúde"
- Menino, 12 anos: "Porque às vezes está com medo da reação"
- Menina, 12 anos: "Porque ela não se sente bem"
- Menina, 12 anos: "Porque às vezes ela não pega a explicação de um médico, ou às vezes porque tem medo de pegar o remédio errado"
- Menina, 12 anos: "Porque ela não quer recuperar a sua saúde"
- Menina, 12 anos: "Tem medo de prejudicar a sua mente"
- Menina, 12 anos: "Porque ela acha que não adianta nada"
- Menino, 13 anos: "Porque talvez esses remédios podem ser um tipo de vício para algumas pessoas"

- Menina, 13 anos: "Eu acho que certos remédios não devem tomar porque faz mal à saúde"
- Menina, 13 anos: "Para não prejudicá-la"
- Menina, 13 anos: "Porque ela acha uma vergonha"
- Menina, 13 anos: "Porque não acredita ou não entendi"
- Menino, 13 anos: "Porque se ela usar uma vez vai gostar e vai usar mais vezes"
- Menino, 13 anos: "Ela deve achar que às vezes remédio faz até mal"
- Menina, 13 anos: "Porque ela só confia em receita médica"
- Menina, 13 anos: "Talvez porque ela tenha medo de causar-lhe alguma alteração mental"
- Menina, 13 anos: "Eu acho que ela fica com medo de não fazer bem"
- Menina, 13 anos: "Para não dar problemas de saúde futuramente"
- Menina, 13 anos: "Ela fica com medo de fazer mal à saúde dela, prejudicar alguma coisa"
- Menina, 13 anos: "Eu acho que elas usam drogas, ou não querem mesmo tomar esses remédios"
- Menino, 13: "Porque ela acha que pode se recuperar"
- Menina, 13 anos: "Para não ficar dependente do remédio"
- Menino, 13 anos: "Porque ela acharia que os remédios só iriam atrapalhar"
- Menina, 13 anos: "Porque ela não conhece ou porque às vezes na maioria o remédio é de injeção"
- Menino, 13 anos: "Porque o remédio pode ter prejudicado, fazendo efeito contrário"
- Menina, 13 anos: "Porque pensa que pode piorar seu estado"
- Menina, 14 anos: "Porque acham que tem muitos produtos tóxicos, que possam prejudicar por outro lado"
- Menina, 14 anos: "Porque tem medo de acontecer alguma coisa no seu organismo"
- Menina, 14 anos: "Porque a pessoa acha que com sua capacidade de força de vontade pode vencer a doença"
- Menino, 14 anos: "Porque ele é besta"
- Menino, 14 anos: "Porque ela acha que vai acontecer alguma irregularidade ao seu organismo"
- Menina, 14 anos: "Porque já estão acostumadas com a droga e não conseguem largar do vício"
- Menina, 14 anos: "Eu acho que é porque ela não acredita que ele irá ajudá-la"
- Menino, 15 anos: "Porque elas não querem tornar viciado e tem a mente fixa"

- Menina, 15 anos: "Falta de instrução ou por preconceito"
- Menino, 15 anos: "Porque ela acha que o remédio não fará efeito"
- Menino, 15 anos: "Tem medo dos efeitos colaterais"
- Menina, 15 anos: "Talvez ache que não precise deles"
- Menina, 15 anos: "Porque acham muitas vezes que esses remédios podem causar mais males ainda do que os problemas que possuem"
- Menina, 15 anos: "Porque ela pode não acreditar nos remédios, acha que é tempo perdido"
- Menina, 15 anos: "Acha que não vai melhorar, às vezes ela não quer reconhecer que está doente"
- Menina, 15 anos: "Porque não acredita na medicina. Acha que pode se curar sem usar remédios"
- Menino, 15 anos: "Porque ela não acredita em sua ação eficaz"
- Menina, 15 anos: "Porque tem medo que faça mal, prejudicar outros órgãos"
- Menino, 15 anos: "Porque às vezes ela pode chegar a pensar que o remédio lhe fará mal, lhe causando algum defeito psicológico"
- Menino, 15 anos: "Porque tem vergonha e problema mental"
- Menino, 15 anos: "Alguns não gostam, ou tem medo que faça mal"
- Menino, 15 anos: "Com medo de haver profundas modificações nela mesmo"
- Menina, 15 anos: "Porque talvez, ao invés de melhorar com o remédio, ele faz mal para a pessoa"
- Menino, 16 anos: "Porque a pessoa acha que pode tomar remédio errado e piorar"
- Menino, 16 anos: "Medo de prejudicar sua mente e corpo"
- Menino, 16 anos: "Porque existem remédios que, apesar de resolver alguns problemas, são prejudiciais em certas partes da saúde"
- Menino, 16 anos: "Porque se ela começar a usar muitos remédios, certamente irá se viciar"
- Menino, 16 anos: "Porque os remédios não podem resolver os seus problemas"
- Menino, 16 anos: "Porque ela não precisa de remédios para quase tudo, os remédios devem se tomar só em última hipótese"
- Menino, 16 anos: "Para não aceitar que está com problemas mentais"
- Menino, 16 anos: "Porque geralmente acha que não tem nada"
- Menino, 16 anos: "Porque ela não quer que os outros saibam que ela tem problemas"

- Menino, 16 anos: "Porque não sabe os efeitos do remédio"
- Menino, 16 anos: "Porque deve ser caipira, e não conhece o remédio"
- Menino, 16 anos: "Não sei, talvez seja porque ela tem medo de ficar com o sistema nervoso afetado"
- Menino, 16 anos: "Depende da pessoa, às vezes ela não usa de medo, às vezes porque usou uma vez e não deu certo"
- Menino, 16 anos: "Porque podem ser contra os medicamentos químicos e a favor dos medicamentos naturais"
- Menino, 16 anos: "Porque quando ela já começa a tomar o remédio, ela já não é uma pessoa normal"
- Menina, 16 anos: "A falta de confiança"
- Menina, 16 anos: "Porque acredita que pode resolver o problema e não há necessidade de remédio"
- Menina, 16 anos: "Pode haver preconceitos sobre o uso do remédio"
- Menina, 16 anos: "Às vezes não confia que o remédio vai dar certo"
- Menina, 16 anos: "Porque ela não quer se intoxicar com drogas"
- Menino, 17 anos: "Por medo e receio"
- Menino, 17 anos: "Por ter medo de suas reações, vergonha, o medo de ficar dependente"
- Menino, 17 anos: "Porque acha desnecessário o uso de remédios"
- Menino, 17 anos: "Porque tem gosto ruim"
- Menina, 17 anos: "Receio de prejudicar o corpo"
- Menina, 17 anos: "Porque não quer prejudicar a saúde"
- Menina, 17 anos: "Tem medo, de repente um remédio que é bom para uma coisa pode ser prejudicial a outra"
- Menina, 17 anos: "Por insegurança, por não conhecer o remédio"
- Menino, 18 anos: "Porque não quer que os outros saibam"
- Menino, 18 anos: "Pode haver preconceitos sobre o uso do remédio"
- Menina, 18 anos: "Porque este remédio não resolve o seu problema"
- Menina, 18 anos: "Porque ela acha que o remédio vai prejudicá-la",  
"e ter efeitos indesejáveis"
- Menina, 18 anos: "Talvez por medo, insegurança ou receio de não melhorar seu estado ou prejudicar seu organismo"
- Menino, 19 anos: "Porque remédios hoje em dia prejudicam muito a saúde (uso de alguns)"
- Menino, 19 anos: "Porque desde quando ela toma um remédio, ela já não é uma pessoa normal"
- Menina, 19 anos: "Porque existem pessoas que não gostam de tomar químicos, e sim coisas naturais (homeopatia)"
- Menina, 19 anos: "Porque não é de seu desejo"

Menina, 19 anos: "Tem medo"

211

Menina, 19 anos: "Tem seus motivos"

Menina, 19 anos: "Porque ela não precisa deste remédio"

Menina, 19 anos: "Porque não acredita que os remédios possam curar ou resolver seus problemas"

### QUESTÃO 3:

Perguntamos que problemas, na opinião de adolescentes, os psicofármacos podem resolver. Obtivemos estas respostas:

1. Stress, tensão, nervosismo, esgotamento: 121 respostas
2. Confusão mental: 111 respostas
3. Raiva, irritação, agressividade: 105 respostas
4. Dores de cabeça: 102 respostas
5. Insônia: 90 respostas
6. Memória ruim: 86 respostas
7. Disritmia, convulsões, epilepsia: 73 respostas
8. Atitude violenta, destruidora: 71 respostas
9. Aflição, angústia, ansiedade: 71 respostas
10. Tristeza, depressão: 67 respostas
11. Medo, pânico, pavor: 65 respostas
12. Uso de drogas: 63 respostas
13. Idéias de suicídio: 63 respostas
14. Dificuldades sexuais: 56 respostas
15. Alcoolismo: 47 respostas
16. Enurese (xixi na cama): 42 respostas
17. Desconfiança de que o vigiam e perseguem: 32 respostas
18. Mentiras e roubos constantes: 26 respostas

Totalmente em branco: 5 respostas

### QUESTÃO 4:

Perguntamos como seria a reação dos adolescentes se tivessem de tomar um psicofármaco. Obtivemos estas respostas:

1. Ficava com receio de prejudicar seu corpo e sua mente:  
82 respostas
2. Duvidava se o remédio ia mesmo resolver os seus problemas:  
67 respostas
3. Tomaria sem dar importância, afinal muita gente usa estes remédios: 64 respostas

4. Não tomava de jeito nenhum: 46 respostas
5. Tinha medo de ficar dependente: 43 respostas
6. Tinha medo da incompreensão dos outros: 32 respostas
7. Ia gostar de tomar: 17 respostas
8. Escondia isso dos outros porque acha uma vergonha: 15 respostas
9. Fazia piadas sobre loucos: 8 respostas

Totalmente em branco: 1 resposta

#### QUESTÃO 5:

Perguntamos porque uma pessoa apresenta problemas mentais, e obtivemos as seguintes respostas:

1. Porque deve ter alguma doença ou tumor no cérebro: 113 respostas
  2. Deve ter levado uma pancada na cabeça: 92 respostas
  3. Deve ter usado alguma coisa ou remédio que fêz mal ao organismo:  
88 respostas
  4. Porque se sente só, rejeitada, abandonada: 74 respostas
  5. A família faz muita pressão em cima dela, não a deixa fazer o  
que quer: 57 respostas
  6. Porque tem problemas íntimos que não consegue resolver sòzinha:  
55 respostas
  7. Tem muito medo ou muita raiva, e não põe para fora o que sente:  
55 respostas
  8. Porque todo mundo vive dizendo que ela é louca: 52 respostas
  9. Porque a família sempre a magoa e aborrece: 32 respostas
  10. Bruxaria, feitiço, espírito perturbador, "encosto": 31 respostas
  11. Deve ser algum micróbio: 26 respostas
  12. Por castigo, falta de fé, desobediência às leis de Deus:  
21 respostas
  13. Deve ter feito coisas más, erradas, prejudicou outras pessoas:  
21 respostas
  14. Porque mexeu com gente louca e ficou perturbada: 15 respostas
- Em branco, totalmente: 2 respostas

Pedimos uma comparação, da seguinte maneira: Uma pessoa vai tomar um remédio e confia que irá melhorar; outra pessoa toma o remédio desconfiada, não acredita que vai melhorar. Você acha que:

1. Nas duas pessoas o remédio faz o mesmo efeito: 93 respostas
2. Na primeira pessoa o efeito do remédio é melhor: 102 respostas

Em branco: 1 resposta

QUESTÃO 7:

Pedimos também uma comparação, nos seguintes termos: Uma pessoa vai ao médico, gosta e confia nele; outra pessoa vai ao médico, não gosta e não consegue confiar nele. Ambas trazem remédios receitados. Você acha que:

1. Nas duas pessoas o efeito dos remédios será semelhante:

86 respostas

2. Na primeira pessoa o efeito do remédio será melhor:

115 respostas

Em branco: 1 resposta

---

Pedimos que os adolescentes utilizassem o espaço ao final da folha se desejassem fazer comentários. Transcrevemos aqui suas observações:

Menino, 11 anos: "Eu acho que algumas pessoas não vão ao médico porque ficam com medo do médico receitar o remédio errado"

Menina, 11 anos: "Eu gostaria de saber porque as pessoas têm esses tipos de problemas e porque às vezes são incompreensíveis pelos pais e amigos"

Menino, 11 anos: "Não vou falar"

Menina, 11 anos: "Eu não sei se está tudo certo, porque eu não entendo muito disso"

Menino, 11 anos: "Eu gostaria que vocês me ajudassem pois todos me chamam de bicha. E isso é a causa do meu nervoso, do meu medo"

- Menino, 16 anos: "Respondi as questões sem saber que remédio era esse, pois nunca ouvi falar. Mas acho que deve ser para o sistema nervoso da pessoa"
- Menino, 16 anos: "Infelizmente não repondi muito correto, pois o vocabulário está muito confuso"
- Menino, 16 anos: "Porque motivo me deram este papel? E porque nossa opinião?"
- Menino, 16 anos: "Não sabendo o que é psicofármaco não respondi às perguntas com toda atenção"
- Menino, 16 anos: "Não sei o que é, nunca ouvi falar"
- Menino, 16 anos: "Eu queria saber o que é psicofármaco"
- Menino, 16 anos: "Os comentários que eu desejo fazer é o seguinte: eu acho que nos devemos nos conscientizar, e não tomar nenhum remédio sem o médico. Toda vez que sentimos que estamos doentes, ir ao médico ou fazer o que achamos melhor para o nosso corpo"
- Menina, 16 anos: "Gostaria de saber mais sobre o assunto"
- Menina, 17 anos: "Nas duas pessoas o remédio faz o mesmo efeito. Só que sendo otimista o efeito será mais rápido"
- Menina, 17 anos: "Nas questões 6 e 7 acho que o segundo parêntesis é o mais afirmativo: se uma pessoa acredita, confia só pela crença poderá conseguir melhora, ou seja, é a tal chamada fé."
- Menino, 18 anos: "Eu não sei o que é isso, por isso assinei todas"
- Menina, 19 anos: "Não sei bem o que são estes remédios, mas dei minha opinião como entendi, e gostaria de saber do que se trata, mais profundamente"
-

- Menino, 16 anos: "Respondi as questões sem saber que remédio era esse, pois nunca ouvi falar. Mas acho que deve ser para o sistema nervoso da pessoa"
- Menino, 16 anos: "Infelizmente não repondi muito correto, pois o vocabulário está muito confuso"
- Menino, 16 anos: "Porque motivo me deram este papel? E porque nossa opinião?"
- Menino, 16 anos: "Não sabendo o que é psicofármaco não respondi às perguntas com toda atenção"
- Menino, 16 anos: "Não sei o que é, nunca ouvi falar"
- Menino, 16 anos: "Eu queria saber o que é psicofármaco"
- Menino, 16 anos: "Os comentários que eu desejo fazer é o seguinte: eu acho que nos devemos nos conscientizar, e não tomar nenhum remédio sem o médico. Toda vez que sentimos que estamos doentes, ir ao médico ou fazer o que achamos melhor para o nosso corpo"
- Menina, 16 anos: "Gostaria de saber mais sobre o assunto"
- Menina, 17 anos: "Nas duas pessoas o remédio faz o mesmo efeito. Só que sendo otimista o efeito será mais rápido"
- Menina, 17 anos: "Nas questões 6 e 7 acho que o segundo parêntesis é o mais afirmativo: se uma pessoa acredita, confia só pela crença poderá conseguir melhora, ou seja, é a tal chamada fé."
- Menino, 18 anos: "Eu não sei o que é isso, por isso assinei todas"
- Menina, 19 anos: "Não sei bem o que são estes remédios, mas dei minha opinião como entendi, e gostaria de saber do que se trata, mais profundamente"
-

Pesquisamos o uso de psicofármacos, medicamentos que agem sobre o sistema nervoso e podem modificar funções mentais de pessoas. Gostaríamos de saber sua opinião sobre estes remédios.

Não é preciso escrever seu nome aqui.

Coloque um X onde achar que está certo.

Deixe em branco o que não entender.

Agradecemos sua colaboração.

Indique por favor sua IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ SÉRIE: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

1. ( ) Você já sabia que existiam estes remédios chamados psicofármacos  
 ( ) Você acredita que estes remédios possam mesmo agir sobre o sistema nervoso e modificar funções mentais  
 ( ) Você já usou remédios como estes \_\_\_\_\_  
 ( ) Uma pessoa pode recuperar a saúde mental sem usar estes remédios

2. Uma pessoa diz que não quer usar remédios. Porque você acha que ela não quer? \_\_\_\_\_

3. Que problemas você acha que os psicofármacos podem resolver?

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| ( ) dores de cabeça                 | ( ) insônia                                  |
| ( ) raiva, irritação, agressividade | ( ) alcoolismo                               |
| ( ) medo, pânico, pavor             | ( ) uso de drogas                            |
| ( ) memória ruim                    | ( ) stress, tensão, nervosismo, esgotamento  |
| ( ) enurese (xixi na cama)          | ( ) mentiras e roubos constantes             |
| ( ) aflição, angústia, ansiedade    | ( ) desconfiança de que o vigiam e perseguem |
| ( ) dificuldades sexuais            | ( ) tristeza, depressão                      |
| ( ) atitude violenta, destruidora   | ( ) confusão mental                          |
| ( ) idéias de suicídio              | ( ) disritmia, convulsões, epilepsia         |

4. Se você tivesse que tomar um psicofármaco, como iria reagir?

- ( ) escondia isso dos outros porque acha uma vergonha  
 ( ) não tomava de jeito nenhum  
 ( ) tomaria sem dar importância, afinal muita gente usa estes remédios  
 ( ) fazia piadas sobre loucos  
 ( ) ficava com receio de prejudicar seu corpo e sua mente  
 ( ) tinha medo de ficar dependente  
 ( ) duvidava se o remédio ia mesmo resolver seus problemas  
 ( ) ia gostar de tomar  
 ( ) tinha medo da incompreensão dos outros

5. Porque uma pessoa tem problemas mentais?

- ( ) deve ter levado uma pancada na cabeça  
 ( ) porque se sente só, rejeitada, abandonada  
 ( ) porque mexeu com gente louca e ficou perturbada  
 ( ) deve ter usado alguma coisa ou remédio que fêz mal ao organismo  
 ( ) por castigo, falta de fé, desobediência às leis de Deus  
 ( ) a família faz muita pressão em cima dela, não a deixa fazer aquilo que quer  
 ( ) porque deve ter alguma doença ou tumor no cérebro  
 ( ) deve ter feito coisas más, erradas, prejudicou outras pessoas

- ) porque a família sempre a magoa e aborrece
- ) deve ser algum micróbio
- ) bruxaria, feitiço, espírito perturbador, "encosto"
- ) porque tem problemas íntimos que não consegue resolver sozinho
- ) tem muito medo ou muita raiva, e não põe para fora o que sente
- ) porque todo mundo vive dizendo que ela é louca

6. Uma pessoa toma um remédio e confia que vai melhorar; outra pessoa toma o remédio desconfiada, não acredita que vai melhorar.

Você acha que:

- ) Nas duas pessoas o remédio faz o mesmo efeito
- ) Na primeira pessoa o efeito do remédio é melhor

7. Uma pessoa vai ao médico, gosta e confia nele; outra pessoa vai ao médico, não gosta e não consegue confiar nele. Ambas trazem remédios receitados.

Você acha que:

- ) Nas duas pessoas o efeito dos remédios será semelhante
- ) Na primeira pessoa o efeito do remédio será melhor

Utilize este espaço, se desejar fazer comentários:

---

RECOMENDAÇÕES AOS MÉDICOS QUE TENHAM PACIENTES ADOLESCENTES:

1. Evitar a atuação de estereótipos, tais como vimos anteriormente e foram descritos por Anthony: o adolescente considerado como objeto perigoso ou em perigo, como objeto sexual, como indivíduo inadaptado, como objeto de inveja, como objeto perdido, como objeto de investigação. Isto inclui privar os pacientes adolescentes de experiências necessárias, rotulá-los, decidir por eles, seduzi-los, invalidar suas opiniões e criatividade, vê-los em extremos (ou muito invejados ou muito idealizados), tentar sobre eles dominação ou controle.

2. Obter a compreensão dinâmica do processo adolescente, suas características, lutos e defesas típicos.

3. Compreender que desajustamentos emocionais podem ser expressos indiretamente, por queixas físicas: neste caso, medicar o "sintoma" é inadequado e compromete a relação médico-paciente, pela desconfiança do adolescente.

4. Mostrar segurança e interesse; mostrar-se confiável

5. Identificar a modalidade relacional apresentada pelo adolescente, respeitando suas reações na medida do possível.

6. Havendo necessidade de medicação:

6.1. informar ao paciente adolescente condições de uso dos medicamentos (por exemplo, o que não pode fazer enquanto estiver tomando, efeitos colaterais mais comuns, precauções).

6.2. individualizar a terapia medicamentosa; iniciar com doses baixas, progressivamente aumentadas, até a obtenção de efeito terapêutico.

6.3. Observar características pessoais de metabolização do medicamento, respeitando a circunstância de que adolescentes se encontram em crescimento e desenvolvimento; no caso de moças, considerar riscos com relação às funções reprodutivas (células em meiose suspensa, nos ovários; uma possível gravidez).

6.4. Evitar medicação quando se tratar de problemas sociais, ou de comportamento: as alterações da conduta são esperadas e transitórias, na adolescência, sendo conveniente não estigmatizar o adolescente com um diagnóstico apressado; além disso, a medicação nestas circunstâncias poderá diminuir o desempenho do adolescente, dificultando o manejo da situação e atrasando a solução de seus problemas.

Além destas recomendações, encontramos em Bastos (11) outras igualmente válidas:

a. evitar prescrições desnecessárias. Bastos argumenta que muitos médicos, designados por "drug-doctors", fazem uso excessivo e desnecessário de medicamentos, provavelmente tentando reduzir a própria ansiedade frente ao paciente. O autor (11) chama a atenção para o fato de algumas prescrições serem feitas apenas como justificativa da consulta, o que nós entendemos como "não deixar o paciente sair de mãos vazias", privando estes pacientes, por exemplo, dos benefícios de uma psicoterapia exclusiva.

b. evitar manter a medicação por longo prazo: Bastos (11) assinala que é necessário cuidado com as "doses de manutenção", e que é útil observar se o paciente se encontra clinicamente curado.

c. observar incompatibilidade em associações medicamentosas

d. evitar uso de medicamentos cuja ação farmacológica é ainda pouco conhecida, devido à ocorrência de efeitos colaterais imprevisíveis e lesivos.

e. observar o risco de dependência a medicamentos que foram a princípio prescritos com finalidade terapêutica. Bastos (11) cita que este pode ser o caso de anfetaminas, barbitúricos e outros.

Conclui Bastos (11) que o papel do médico que se ocupa de saúde mental é restituir a liberdade interna do paciente, desaliená-lo, permitindo que viva livremente.

---

Necessário lembrar que, quando dizemos "adolescentes", nos referimos a um grupo de indivíduos entre 10 e 19 anos, que variam consideravelmente quanto ao grau de maturidade física, reações emocionais, capacidade intelectual e facilidade de relacionamento com os médicos. Em contraste com os pacientes atendidos na Pediatria, cujas mães relatam suas queixas, e com os pacientes adultos, que já estiveram antes em situação de consulta, os adolescentes têm dúvidas sobre o que é "importante" relatar ao médico, têm preocupações que ao médico podem parecer bizarras e estranhas. Recordamos de uma paciente de 13 anos, que, a despeito das aulas de ciências da 7ª série do 1º grau, que cursava, nos perguntou cheia de preocupação se era possível engravidar beijando o namorado. Quase sempre os adolescentes mostram-se preocupados a respeito de suas funções corporais, querem se assegurar de sua "normalidade". Ao médico cabe a função de mostrar-se confiável e buscar entender seu jovem paciente, com honestidade e respeito por suas dúvidas e problemas. Indicadores não verbais (gestos, postura, expressão facial, etc) mostram muitas vezes mais fatos que as palavras; as queixas que aparentemente motivam a consulta servem com frequência de pretextos para conversar com o médico a respeito de outros problemas. Muitas vezes a consulta se resolve com algumas informações, que dissipam dúvidas e tranquilizam o adolescente. Importante nos parece que tais informações sejam dadas de forma clara e concisa, de forma adequada à idade e ao sexo do paciente, sem tentativas de impor nosso sistema de valores, mas expondo possíveis consequências de seus atos, num enfoque de risco. (30) (65) (67)

Durante as entrevistas e contatos que mantivemos com os adolescentes que participaram deste estudo, anotamos algumas frases e expressão que bem ilustram o que não se deve fazer quando nosso paciente for um adolescente. Por exemplo,

1) não dar explicações muito extensas.

Menino, 18 anos, modalidade relacional hipocondríaca: "Não ouço nada do que ele diz, quando chego em casa não sei usar e aí tenho que ler a bula"

2) evitar erros e rasuras, não rasgando ou amassando o papel na frente do paciente; não ler a bula na frente do paciente, ainda que com a intenção manifesta de "explicar" a ele.

Menino, 16 anos, estudante: "Ele devia saber de cor"

3) prescrever frequentemente os mesmos medicamentos.

Menino, 19 anos, modalidade relacional obsessiva: "Ele dá o mesmo tipo de remédio para todo mundo"

4) receita ilegível, ou feita às pressas.

Menino, 15 anos, modalidade relacional paranóide: "não sei se foi o remédio certo"

5) a prescrição longa, sentida como uma forma de "livrar" o profissional da própria angústia.

Menino, 19 anos, modalidade relacional melancólica: "ele não sabia bem o que eu tinha, e então cercou por todos os lados, deu remédio para tudo"

6) impaciência e/ou desrespeito às ansiedades do paciente.

Menino, 14 anos, estudante: "Aí eu disse: homeopatia não resolve? E ele nem me respondeu"

Menina, 14 anos, estudante: "Perguntei se o remédio podia me fazer mal e ele xingou como se eu fosse burra"

Menino, 16 anos, estudante: "Então ele falou que, se eu não tomasse do jeito que ele disse, então nem precisava voltar lá"

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA:

1. Aberastury, A. e Knobel, M.: "Adolescência Normal". Trad. Suzana Maria G. Ballve, Porto Alegre, Artes Médicas, 1981
2. Aberastury, A.: "Adolescência". Trad. de Ruth Cabral. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980
3. Aberastury, A.: "Aportaciones al Psicoanálisis del Niño y del Adolescente". Buenos Aires, Ed. Paidós, 1976
4. Ajuriaguerra, J.: "Manual de Psiquiatria Infantil". Trad. de Paulo César Geraldés e Sonia R.P. Alves. Toray-Masson, 1976
5. Alexander, F.G. e Selesnick, S.T.: "História da Psiquiatria". Trad. de Aydano Arruda. São Paulo, IBRASA, 2ª ed., 1980
6. American Psychiatric Association: "Diagnostic and Statistical Manual Disorders" (3ª ed) Washington DC, 1980
7. Amo, J. del: "Las Practicas mentales piadosas en la cura depresiva" *Psicodeia-Rev. Psic.*, año IV, nº38, tomo 7, 1978
8. Andersen, H.C. e Perrault, C.: "Reino Infantil". Sem ref. à trad.. São Paulo, Ed. LEP, 1956
9. Balint, M.: "O Médico, seu paciente e a doença". Livr. Atheneu Ed., Rio de Janeiro, 1975
10. Barry, R.E. et alii: "El niño y el joven: motores del desarrollo". Buenos Aires, Paidós-UNICEF, 1972
11. Bastos, O.: "Aspectos éticos da terapêutica psiquiátrica". *J. Bras. Psic.*, 30(1):93-100, 1981
12. Bazergue, Pablo: "Farmacologia Odontologica" Buenos Aires, Ed. Mundi SAIC y F, 1976
13. Bíblia Sagrada. Trad. de João Ferreira D'Almeida, Soc. Bíblica. Lowe & Brydone, Grã-Bretanha-Portugal, 1953
14. Bleger, J.: "Psicologia da Conduta", Porto Alegre. Trad. de Emília Oliveira Diehl. Artes Médicas, 1984
15. Bleger, J.: "Simbiose e Ambiguidade". Trad. Maria Luiza X.A. Borges, Livr. Francisco Alves Edit., 1977
16. Bleichmar, H.: "Depressão. Um estudo psicanalítico". Trad. de Maria Cecília Tschiedel. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983

17. Blos, P.: "Modern psychoanalytic interpretation of adolescence",  
Muuss R.E. J. Adolesc. 3(3):229-252, set 1980
18. Birman, J.: "Psiquiatria e Sociedade" J. Bras. Psiq., 31(4), 237-246,  
1982
19. Bowlby, J.: "Formação e rompimento dos laços afetivos". Trad. de Álvaro Cabral. Livr. Martins Fontes Ed., 1982
20. Bühler, C.: "Vida Psíquica do Adolescente", trad. de Lya Luft. São Paulo, Ed. Mestre Jou, 1967
21. Buoncompagno, E.M.; Oliveira, M.L.C.; Silva, A.G.C.R.R.: "Anorexia Nervosa em Adolescente do sexo feminino". Trabalho apresentado no Setor de Adolescentes do Depto. de Psicol. Méd. e Psiq. da FCM-UNICAMP, em 1985
22. Buoncompagno, E.M. e Silva, A.G.C.R.R.: "Adolescência: modalidades relacionais, diagnóstico clínico e prescrição de psicofármacos" Bol. de Saúde Mental, vol 1, nº 2-4, Ed. Secret. de Saúde Pref. Mun. Campinas/Centro de Est. Psiq. e Med. Psicosomática. Dez 1984
23. Brasil. Ministério da Saúde. "Manual de Orientação para uso de psicofármacos" Secret. Nac. Progr. Esp. Saúde-Div. Nac. de Saúde Mental-SUCAM. Brasília DF, 1983
24. Brenner, C.: "Noções Básicas de Psicanálise. Introdução à Psicologia Psicanalítica". Trad. de Ana Mazur Spira. 3ª ed. São Paulo Imago/EDUSP, 1975
25. Calder, R.: "O Homem e a Medicina: mil anos de trevas". Trad. de Raul de Polillo. São Paulo, Hemus, 1976
26. Campos, D.M.S.: "Psicologia da Adolescência" Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1980
27. Capra, F.: "O Ponto de Mutação". Trad. Álvaro Cabral. São Paulo. Ed. Cultrix/Ed. Pensamento, 1986
28. Cassorla, R.M.S.: "Aspectos psicológicos da Relação Médico-paciente com câncer". Rev. Estudos de Psicologia, vol 1, nº 1, dez. 1983. Inst. Psicol. PUC-CAMPINAS, SP. 1983
29. Celia, S.A.H. et alii: "A criança e o adolescente na década de 80" Temas do 7º Congresso da ABENEPI. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1983
30. Cohen, M.I.: "Clinical pharmacology and adolescence" Pediatr. Clin. North. Am. 27(1):45-51, fev. 1980
31. Comité Lyonnais de Recherches Thérapeutiques en Psychiatrie: "La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies"

- psychiatriques" P.A.Lambert, Masson, Paris, 1965
32. Conger, J.: "Adolescência: geração sob pressão". Trad. de Rossane A. Pereira. São Paulo, Harper & Row do Brasil, 1980
33. Costa, P.D. da; Caparelli, L.: "Principais reações adversas dos medicamentos", Arq. Bras. Med., 60(1):59-62, 1986
34. D'Andrea, F.F.: "Desenvolvimento da Personalidade" São Paulo, Ed. Difel, 1984
35. Del Porto, J.A.: "Influência de fatores extrafarmacológicos sobre o efeito de drogas psicotrópicas: um estudo em voluntários". Tese de doutoramento, Esc. Paulista de Med., 1984
36. Del Porto, J.A.; Mansur, J.: "Influência de fatores extrafarmacológicos sobre o efeito de drogas psicotrópicas" J. Bras. Psiq., 33(4):261-266, 1984
37. Del Porto, J.A.; Laranjeira, R.R.; Mansur, J.: "Escala de auto-avaliação de estados subjetivos. Influência das instruções" J. Bras. Psiq., 32(2):87-90, 1983
38. Deniker, P.: "La Psychopharmacologie", Presses Universitaires de France, Paris, 1966
39. Dorin, L.: "Psicologia da Adolescência", São Paulo, Ed. do Brasil, 1978
40. Entralgo, P.L.: "Antropologia Medica", Espanha, Salvat Ed., 1984
41. Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, C.: "Manual de Psiquiatria" Trad. de Paulo César Geraldês e Sonia Ioannides. Rio de Janeiro, Ed. Masson, 1981
42. Eremin, Y.: "El Progreso Social y la juventud" Trad. de F. Pita, Moscou, Ed. Progreso, 1977
43. Erickson, E.: "Identidade, Juventude e Crise" Rio de Janeiro, Editora Zahar, 1972
44. E.U.A.. Universidade de MacMaster: "Como ler revistas médicas", trad. de L.J. Rebello Horta e M.T. Macieira de Souza. Secret. de Planej. e CNPq/ Coord. Edit. Brasília, 1984
45. Fairbairn, W.R.D.: "Estudio Psicoanalítico de la Personalidad", Buenos Aires, Hormé/Paidós, 1962
46. Faro, S.M.: "Psiquiatria e Misticismo", Rev. Médico Moderno, ano 4, vol 4, nº 2, março 1985
47. Faria, E.: "Dicionário Escolar Latino Português" Rio de Janeiro, 6ª ed., MEC-FENAME, 1982
48. Feighner, J.P.; Robins, E.; Guze, S.B. et alii: "Diagnostic Criteria

for use in Psychiatric Research" Arch.Gen.Psychiat.,  
vol 26, 56-63, jan 1972

49. Feinstein, S.; Kalina, E.; Knobel, M.; Slaff, B.: "Psicopatologia y Psiquiatria del Adolescente" Buenos Aires, Paidós, 1973
50. Fenichel, O.: "Teoria Psicanalítica das Neuroses" Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo, Ed. Atheneu, 1981
51. Ferreira, B.W.: "Adolescência: teoria e pesquisa" 2º ed., Porto Alegre, Ed. Sulina, 1984
52. Freire, L. (org): "Dicionário da Língua Portuguesa", 5 vols. Rio de Janeiro, A Noite SA, 1940
53. Freud, A.: "O Ego e os Mecanismos de defesa" Rio de Janeiro, Ed. Civilização brasileira, 1972
54. Freud, A.: "Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente" Buenos Aires, Ed. Paidós, 1976
55. Freud, S.: "Obras Completas", vols XII, XV, XVI e XXII. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1977
56. Gallatin, J.: "Adolescência e Individualidade". Trad. Antonio C. Amador Pereira e Rosane A. Pereira. São Paulo, Ed. Harper & Row do Brasil Ltda., 1978
57. Gauderer, E.C.: "Adolescência, os jovens e nós" Jornal Bras. de Medicina, vol 47, nº 6, dezembro de 1984
58. Gentil Filho, V.: "Reflexões sobre a evolução da psicofarmacologia clínica no Brasil e sua interação com a política editorial das principais revistas" J. Bras. Psiq., 30(5): 395-396, São Paulo, 1981
59. Geralder, P.C.: "A Prática Médica e a Psiquiatria" J. Bras. de Psiq., 32(6): 365-368, 1983
60. Gordo, P.V.R.: "Psicologia, Psiquiatria y Problemas Humanos", Psico-deia-Rev. de Psicol., Madrid, año IV, nº 39, tomo 7, 1978
61. Goth, A.: "Farmacologia Médica", Rio de Janeiro, GB Koogan, 1981
62. Graeff, F.G.: "Drogas e Comportamento" Ciência e Cultura, 36(3), São Paulo, março de 1984
63. Grimberg, C. e Svanström, R.: "História Universal", vol 4 (Das origens de Roma à formação do Império). Trad. Maria Manuela S. Faure da Rosa, Europa-América/PA Norstedt e Soners, Estocolmo, 1940
64. Groisman, M.; Kusnetzoff, J.C.: "Adolescência e Saúde Mental" Porto Alegre, Edit. Artes Médicas, 1984
65. Gualtieri, C.T. et alii: "Tardive dyskinesia and other clinical con-

- sequences of neuroleptic treatment in children and adolescents", *Am. J. Psychiatry*, 141(1):20-23, jan.1984
66. Guimarães, R.: "Dicionário da Mitologia Grega". São Paulo, Ed. Cultrix/Ed. Pensamento, 1983
67. Guz, I.: "Insucessos em Psicofarmacoterapia" *J. Bras. Psiq.*, 31(6): 369-372, 1982
68. Hallstrom, C. and Lader, M.: "Prediction of response to anti-anxiety agents" England, London. Institute of Psychiatry, s.ed.
69. Hilgard, E.R. e Atkinson, R.C.: "Introdução à Psicologia", 2ª ed. Trad. de Dante Moreira Leite. Cia Edit Nac, 1979
70. Hyman, S.E.: "Manual de Emergências Psiquiátricas" Trad. de Maria Fátima Azevedo e Jacob Israel Lemos. Rio de Janeiro, Ed. Méd. e Cientif. (MEDSI), 1986
71. Infante, D.P.: "Devir Adolescente", *Comunicação*, ano 6, nº 1, 1985
72. Infante, D.P.: "A relação médico-paciente adolescente", *Comunicação*, Roche, ano 6, nº 1, 1985
73. Irastorza, A.P.: "Las Obsesiones" *Psicodeia-Rev. de Psicol.*, año IV, nº 36, tomo 7, Madrid, 1978
74. Jersild, A.T.: "Psicologia da Adolescência" Trad. José Severo C. Pereira. São Paulo, Cia Edit Nac, 6ª ed., 1977
75. Jones, E.: "Some Problems on Adolescence", *Papers on Psychoanalysis* Londres, 5ª ed. Baillière, Tyndall and Cox, 1948
76. Kalina, E.: "Psicoterapia de Adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos", Rio de Janeiro, trad. de Carlos Roberto Amorim da Silva, Francisco Alves Ed., 1979
77. Karniol, I.G.; Mauro, J.C.; Matos, E.G.; et al: "Relação droga-doença em patologia mental" *Ciencia e Cultura*, 36(9), SP, set. 1984
78. Karniol, I.G.; Knobel, M.; et alii: "Algumas características do atendimento psiquiátrico em nosso meio" *Rev. Brasil. Med. (Psiqu)* nº 6, 309-315, 1980
79. Karniol, I.G.; Fortela, W. et al: "Visão crítica do uso de terapêuticas psicofarmacológicas no nosso meio" *J. Bras. Psiq.*, 30(5), 381-385, 1981
80. Klein, M.: "Inveja e Gratidão: um estudo das fontes inconscientes" Trad. de José Octavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1974
81. Knobel, M.: "Psicoterapia Breve", Edit. Pedag. e Universitária Ltda., São Paulo, 1986

82. Knobel, M.: "A Entrevista na Adolescência", material didático dos cursos do Setor de Adolescentes do Depto. de Psicol. Méd. e Psiq. da FCM-UNICAMP, Campinas, 1982
83. Knobel, M.: "Psicossomática da Adolescência" in: Cuadernos de Salud Pública, nº 41, OMS, Ginebra, 1983
84. Knobel, M.: "Psicoterapia: comunicação verbal e não verbal" in: Estudos de Psicologia-Rev. do Inst. Psicol. PUC, Campinas-SP, vol 1, nº 2, abril de 1984
85. Knobel, M.: "Uso e Abuso de Psicotrópicos: aspectos psiquiátricos". J. Bras. Psiq., 33(1):25-30, 1984
86. Knobel, M.; Ferestrello, M.; Uchoa, D.M.: "A adolescência e a família atual", Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1981
87. Kolb, L.C.: "Psiquiatria Clínica". Trad. Sônia Regina Pacheco Alves. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980
88. Krautz Júnior, J.; Carr, C.J.: "Os fundamentos farmacológicos na prática médica", Rio de Janeiro, Livr. Atheneu, 1955
89. Kusnetzoff, J.C.: "Psicanálise e Psicoterapia na Adolescência", Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1980
90. Laplanche, J.; Pontalis, J.B.: "Vocabulário de Psicanálise" Rio de Janeiro, Martins Fontes Ed., trad. de Pedro Tamen, 1983
91. Lepargneur, H.: "A atividade clínica na Bíblia" in: Moral e Medicina, de Lepargneur, H. e Santos, B.. Hachette (Rio de Janeiro) e Loyola (São Paulo), 1976
92. Liberman, A.B.R.: "A criticism of drug therapy in Psychiatry", Califórnia, Archives of General Psychiatry, vol 4, pág. 131-136, fevereiro de 1961
93. Madalena, J.C.: "Lições de Psiquiatria", edições de Revista de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 1978
94. Madalena, J.C.: "Psicofarmacologia clínica básica", Fundo Edit. Byk Procieux, s.l., 1975
95. Martins, C. et alii: "Perspectivas da relação médico-paciente", Porto Alegre, Artes Médicas, 1981
96. Martins, J.; Celani, M.A.A.: "Subsídio para redação de tese de mestrado e de doutorado", São Paulo, Cortez Moraes, 2ª ed., 1979
97. Masterson, J.F.: "El Dilema Psiquiátrico del Adolescente", Buenos Aires, Coleção Paidós-ASAPPIA, 1972
98. Mallo Filho, J.: "Concepção Psicossomática: visão atual", s.l., Tempo Brasileiro Ed., 1978

99. Mental Health Materials Center, Inc., New York. Group for the Advancement of Psychiatry: "Pharmacotherapy and Psychotherapy: paradoxes, problems and progress" vol IX, report nº 93, march 1975
100. Mielnik, I.: "Os Adolescentes: conceito, dinâmica e orientação do adolescente", São Paulo, IERASA, 1984
101. Morgado, A.F.: "Dependência de Drogas: descrição de uma pesquisa empírica e revisão de alguns aspectos relevantes para sua prevenção", Tese de Doutorado, Fac. Med. USP, 1983
102. Mosquera, J.: "Adolescência e Provação", Porto Alegre, 2ª ed., Edt. Sulina, 1977
103. Mundim, F.D.: "O Diagnóstico em Psiquiatria: problemas e perspectivas", Tese de Mestrado, UFRJ, 1980
104. Nuues, R.: "Teorias da Adolescência". Trad. do Inst. Wagner de Idiomas. Interlivros, 5ª ed. Belo Horizonte, 1966
105. Nazar, J.: "Psiquiatria do Adolescente: o adolescente e o luto". Tese de Mestrado, UFRJ, 1978
106. Nérici, I.G.: "Adolescência, o drama de uma idade" Rio de Janeiro, Ed. Científica, 5ª ed., s.d.
107. OMS-Genebra: "Necessidades de Salud de los Adolescentes" Informe de un Comité de Expertos. Série Informes Técnicos, nº609, 1977
108. Osborne, E.L. et alii: "Seu filho adolescente", série mini-Imago. Trad. de Maria Celina R. Cialdini. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1975
109. Osório, L.C. et alii: "Medicina do Adolescente" Porto Alegre, Edit. Artes Médicas, 1982
110. Osorio, L.C.: "Abordagens Psicoterápicas do Adolescente" Porto Alegre, Ed. Movimento, 1977
111. Outeiral, J.O. (org.): "Infância e Adolescência: psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e tratamento" Porto Alegre, Edit. Artes Médicas, 1982
112. Paykel, E.S. and Copen, A. (edit.): "Psychopharmacology of affective disorders" Oxford Univ. Press, New York-Toronto, 1979
113. Pereira, I.: "Dicionário grego-português e português-grego" Livr. Apostolado da Imprensa, 5ª ed. Portugal, 1976
114. Perestrello, D.: "A Medicina da Pessoa", Rio de Janeiro, Atheneu, 2ª ed., 1974

115. Fromm Netto, S.: "Psicologia da Adolescência" São Paulo, Edit. Pioneira, 7ª ed., 1979
116. Futton, T. V.; May P. R. A.; Marder S. R.: "Response to antipsychotic medication: the doctor's and consumer's view" *AM. J. Psychiatric*, 141:1, jan. 1984
117. Rocha e Silva, M.: "Fundamentos da Farmacologia e suas aplicações à terapêutica", vol 1, São Paulo, EDART, 1968
118. Rosa, M.: "Psicologia Evolutiva" vol III (Psicologia da Adolescência) Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1984
119. Rónai, Paulo: "Dicionário Universal Nova Fronteira de Citações", s.l., Ed. Nova Fronteira, 1985
120. Kycroft, C.: "Dicionário Crítico de Psicanálise". Trad. de José Octávio A. Abreu. RJ-SP, Imago Edit., 1975
121. Santos, Y. L.; Santos, C.: "Antologia de Vidas Célebres" (vol V). Trad. dos autores. São Paulo, Livraria e Editora Logos, 3ª ed., 1962
122. Scheider, K.: "Psicopatologia Clínica", Trad. Emanuel Carneiro Leão, São Paulo, Edit. Mestre Jou, 1978
123. Schwartzman, R. S.: "O contexto de compreensão do sofrimento emocional e a psicoterapia" *J. Bras. Psiq.*, 32(6):377-382, 1983
124. Setian, N.; Colli, A. S.; Marcondes, E.: "Adolescência" Série Pediatria vol XI, São Paulo, Ed. Sarvier, 1979
125. Shepherd, M.: "The present status of psychopharmacology" (editorial) *Journal of Chronic Diseases*, vol 13, nº4, april 1961
126. Sherman, L. J.: "Mental Patient's Attitudes toward tranquilizing Drugs: test development" *Psychol. Rep.* 7:167-170, 1960
127. Sherman, L. J.: "Subjective Feelings about tranquilizing drugs", *Diseases of the Nervous System*, 22:108, jul 1961
128. Sherman, L. J.: "The Significant Variables in Psychopharmaceutic Research" *Am. J. Psychiat.*, 116:208-214, 1959
129. Silber, T. J.: "Physician-adolescent patient relationship. The ethical dimension" *Clin. Pediatr. (Philadelphia)*, 19(1): 50-55, jan 1980
130. Silva, A. G. C. R. R.; Bogado, L. B. V. B.: "Comportamento de Adolescentes" *Boletim Científico Soc. Flumin. de Med. e Cirurgia*, Rio de Janeiro. Nº 3, vol 14, outubro de 1982

131. Silva, A.G.C.R.R.: "A questão da reprodução na adolescência", trabalho apresentado no Setor de Adolescentes do Depto. de Psicol. Méd. e Psiq. da FCM-UNICAMP, Campinas, 1985
132. Silva, A.G.C.R.R.; Tavares, M.C.G.C.F.; Carbonari, M.: "Psicofármacos na Adolescência", pesquisa realizada e apresentada no Setor de Adol. do Depto. de Psicol. Méd. e Psiq. da FCM-UNICAMP e na disciplina Psicofarmacologia, de Dr. Isaac Germano Karniol, em 1985
133. Silva, A.G.C.R.R.: "O fenômeno das Migrações e o desenvolvimento do sentimento de identidade na adolescência", trabalho apresentado no Setor de Adol. do Depto. de Psicol. e Psiq. da FCM-UNICAMP, em 1985
134. Silva, A.G.C.R.R.: "O sentimento de identidade na adolescência" Trabalho apresentado no Setor de Adol. do Depto. de Psic. Méd. e Psiq. da FCM-UNICAMP, em 1985
135. Silva, A.G.C.R.R.: "Vermelho e Azul: descrição e comentários de uma sessão com <sup>uma</sup> adolescente", trabalho apresentado no Setor de Adol. do Depto. de Psic. e Psiq., FCM-UNICAMP, 1985
136. Silva, A.G.C.R.R.: "Dialética da Loucura: a propósito do caso de uma adolescente" trabalho apresentado no Setor de Adol. do Depto. de Psic. Méd. e Psiq. da FCM-UNICAMP em 1985 e na Academia de Letras e Ciências de São Lourenço-MG, em 1987
137. Silva, A.G.C.R.R.: "Idealismo e ideologia na Adolescência", trabalho apresentado no curso de Est. de Probl. Bras. de Dr. Osmar S. Figueiredo, Pós-Grad., FCM-UNICAMP, em 1986
138. Silva, A.G.C.R.R.; Buoncompagno, E.M.; Lacerda, O.C.; Violante, L.M.: "Epilepsia e atividade sexual em adolescente", trabalho apresentado na sessão de temas livres do IX Congresso Bras. de Psiquiatria, Curitiba-FR, out. 1986
139. Silva, A.G.C.R.R.: "Sexualidade na Adolescência", pesquisa com 103 adolescentes, trabalho apresent. no II Congresso Brasileiro de Adolescência, Rio de Janeiro, jun de 1987
140. Silva Filho, J.F.: "A indústria da Saúde Mental - sua determinante" J. Bras. Psiq., 31(4):275-277, 1982
141. Silva, F.: "Farmacologia", Rio de Janeiro, 2ª ed., GB Koogan, 1985
142. Soifer, R.: "Psiquiatria Infantil Operativa", 2 vols., Trad. de José Cláudio A. Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1985

143. Souza, R. F. de: "Abordagem do Paciente Adolescente", *Diálogo Médico*, ano 11, nº 2, 1985
144. Stotsky, B.; Weinberg, H.: "The Prediction of the Psychiatric Patient's work adjustment", *Journal of Counseling Psychology*, vol 3, nº 1, 1956
145. Thorwald, J.: "O século dos cirurgiões" São Paulo, trad. de Marina Guaspari, Ed. Hemus, s.d.
146. Thorwald, J.: "O segredo dos médicos antigos", trad. de Alfred J. Keller e Horst M. Carioba. São Paulo, Melhoramentos, 1985
147. Varela, R. R. et alii: "Algunas creencias populares acerca de la enfermedad mental" *Psicodeia-Rev. de Psic.*, Madrid, año IV nº 38, tomo 7, 1978
149. Weiner, I. B. y Elkind, D.: "Desarrollo normal y anormal del adolescente", Buenos Aires, Paidós, 1976
150. Zanini, A. C.: "Farmacologia Clínica", Seminário de Farmacol. Clín., MEC/SESu/CCS, Brasília, 1981
-

R E S U M O :

Em um referencial dinâmico, são revistas as conceituações de adolescência, modalidades relacionais e psicofármacos. São apresentados os resultados de uma pesquisa com a participação de 31 pacientes adolescentes, de 10 a 19 anos, atendidos nos ambulatórios de Psiquiatria da FCM-UNICAMP, e entrevistados em três ocasiões diferentes para a obtenção de registros da história clínica, dados sobre medicação, transcrição de fantasias sobre medicação, aplicação de escalas (Gohram e Sherman, Stotsky-Weinberg, Impressão Clínica Global-CGI). É enfatizada a importância do reconhecimento das modalidades relacionais apresentadas por adolescentes no contexto terapêutico, com relação às formas de utilização e reações ao uso de psicofármacos. Em anexo são apresentados os resultados de uma pesquisa das atitudes de 300 adolescentes, cursando o 1º e 2º graus de ensino, com relação a medicamentos em geral e a psicofármacos em especial, observadas através da aplicação de dois questionários, e que permitem correlacionar crenças e influências socioculturais ao uso de psicofármacos por adolescentes.