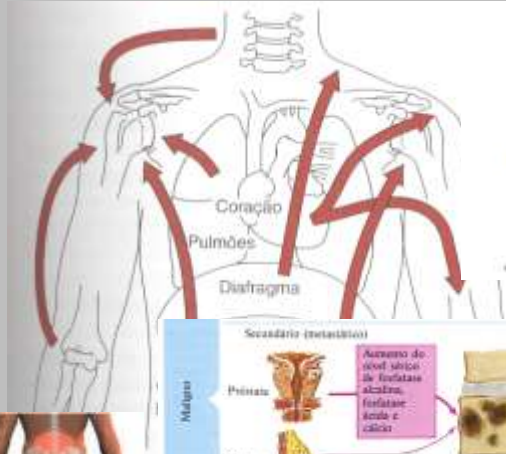
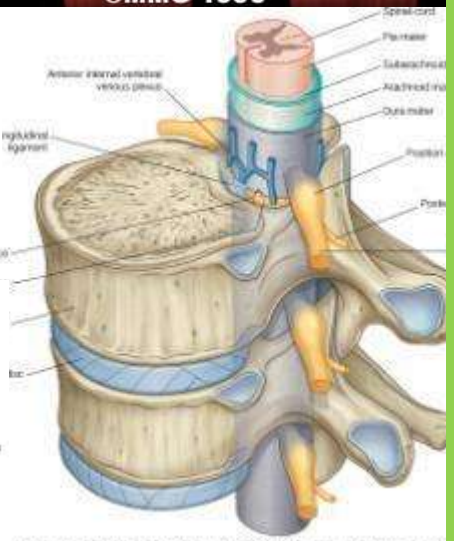
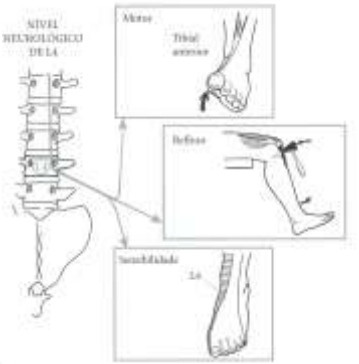
Semiologia Ortopédica Pericial

Prof. Dr. José Heitor Machado Fernandes

2ª VERSÃO DO HIPERTEXTO







Para acessar os módulos do hipertexto

Para acessar cada módulo do hipertexto *clique no link do módulo desejado* que está no índice.

Para retornar ao índice geral, no módulo que está sendo visualizado, vá até o final da apresentação e clique no link:

Retornar para o Índice Geral

ou, usar o *botão voltar* na barra de navegação.

Botão voltar

Botão avançar

Módulos

- Módulo 1 - **Semiologia Ortopédica Pericial**
- Módulo 2 – **Termos Ortopédicos Comuns**
- Módulo 3 – **Doença Musculoesquelética**
- Módulo 4 – **Distúrbios Ortopédicos Gerais**
- Módulo 5 – **Exame Clínico**
- Módulo 6- **Marcha Humana (resumo)**
- Módulo 7- **Exame Físico Ortopédico**
- Módulo 8 - **Articulação Temporomandibular**
- Módulo 9 – **Coluna Cervical**
- Módulo 10 – **Testes Físicos Especiais**
- Módulo 11 – **Coluna Torácica e Lombar**
- Módulo 12 – **Articulações Sacroilíacas**
- Módulo 13 – **Ombros**
- Módulo 14 – **Cotovelos**
- Módulo 15 – **Antebraços**

Módulos

- Módulo 16 - **Punhos e Mãos**
- Módulo 17 - **Quadril**
- Módulo 18 – **Joelhos e Pernas**
- Módulo 19 – **Pés e Tornozelos**
- Módulo 20 - **Trauma Ortopédico**
- Módulo 21 – **Radiologia do Aparelho Locomotor**
- Módulo 22 – **Dificuldades do Exame Físico Pericial**
- Módulo 23- **Principais DORTs da nossa comunidade**
- Módulo 24 – **Crédito de Imagens &**
  Referências Bibliográficas
- Módulo 25 – **Relação de Vídeos, na Internet, sobre**
  Exame Físico do Aparelho Locomotor
- **Epílogo**

DIFICULDADES NO EXAME FÍSICO PERICIAL

Assuntos do Módulo 22

DIFICULDADES NO EXAME FÍSICO PERICIAL

Assuntos do Módulo 22

- Dificuldades no Exame Físico Pericial
- Simulação, metassimulação, dissimulação
- Sinais para detecção de simulação
- Fatores relacionados ao comportamento de mentir
- Identificação da mentira e do engano
- Sinais físicos não orgânicos de coluna lombar
- Lombalgia de causa não orgânica
- Fatores dolorosos psicogenéticos
- Psiquiatria
- A avaliação de pessoas com deficiências e incapacidades

Dificuldades Periciais

Mau posicionamento das mãos da pericianda, quando solicitada a fazer o **teste de Phalen invertido**.

Dificuldades Periciais

Tamanho desigual das mãos? Edema das mãos?
Mau posicionamento sobre a mesa?

Dificuldades Periciais

Pericianda com **imobilizações várias** aguardando exame médico pericial.

Dificuldades Periciais

“Kit” perícia médica!

Comentários:
A autora compareceu ao exame médico pericial, usando:
1. Tipóia de lona no membro superior direito;
2. Bengala;
3. Tutor de PVC suro-podálico com feixe de velcro, em ambos os membros inferiores;
4. Colete tipo Jewett;
5. Joelheira em ambos os joelhos;

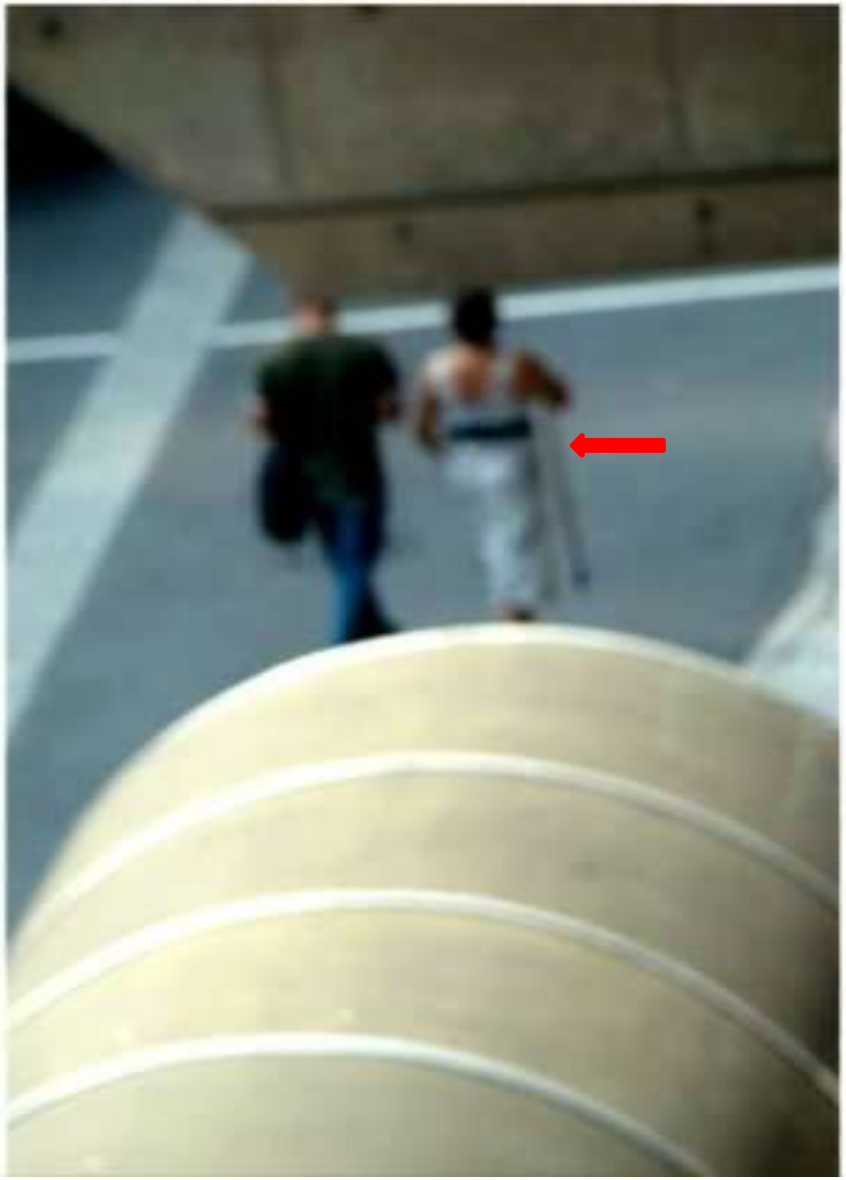
Dificuldades Periciais

Mau posicionamento repetitivo da pericianda na observação postural global.

Dificuldades Periciais

Bengala escorada na parede

Dificuldades Periciais



Visualização do perito através da janela do consultório. Pericianda acompanhada deambulando na rua **com a bengala suspensa no braço**, após a realização da perícia médica.

SIMULAÇÃO

Apresentação

curso de semiologia psiquiátrica

2º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária ANMP / Abril –2009

Afonso Luis Hansel

Médico Perito do INSS – Novo Hamburgo- RS

Psiquiatra; Médico do Trabalho; Psiquiatra Forense

afonso.hansel@previdencia.gov.br

alhansel@terra.com.br

Definição de Termos

Simulação : "**fingir o que não é**"(Aurélio)

"a produção intencional ou invenção de sintomas ou incapacidades tanto físicas quanto psicológicas, motivadas por estresse ou incentivos externos"(OMS) – Produção consciente - engodo (coisa com que seduz alguém, adulação astuciosa), disfarce da origem da doença, distorção, fingimento,falsidade, cópia ou reprodução imperfeita, simulacro (variantes de dicionários). Serve até para ser antendido antes (atenção preferencial)

Derivado do latim *simulatio,* ou seja, a ação para simular ou imitar o que não é. Ligada à **Arte** da Mentira, do Engano. Driblar o sistema de ataque/defesa (ocultamento : ilusão negativa; camuflagem e mimetismo)

Exige um esforço sustentado por determinado tempo.

Mentiras podem ser fisiológicas, ficção, fábula, assim como são um instrumento do político/estadista.

Produção intencional de sintomas...(e até sinais) falsos ou exagerados...compreendidas e desejadas pelo paciente...(in Cecil,TMI)

“ a característica essencial da simulação é a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou amplamente exagerados, motivados por estímulos externos (esquivar-se do serviço militar, fugir do trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processos criminais ou obter drogas” Associar a finalidade especulativa DSM-IV-TR

Publicação da OMS ensina que pessoas onde a demanda verse sobre “estar doente”, não reconhecem e não aceitam sua capacidade

(**êxito da demanda só é conseguido com a incapacidade**)

História

O termo não é novo. Encontramos tanto na Bíblia quanto na Grécia, Roma e Idade Média. Davi fugindo às iras de Saul, recorreu ao ardil de simular a loucura, o que valeu a piedade dos inimigos**.** Também Ulisses simulou loucura (burro e um boi, para abrir sulcos e semear sal).

Não é privilégio da existência contemporânea.

Um dos primeiros foi Galeno (131(ou 138)-201 dC, fez um Tratado de Doenças Simuladas, o que lhe deu fama em Roma. Atavicamente falando, sempre existiu entre os animais, porque *onde há vida há luta*.

Bonnet(1984), citado por Marco et al.(1990) considera que foi Juan Bautista Silvaticus que em 1595 que teria publicado o primeiro livro sobre a simulação da loucura, intitulado “De que lis Morbum Simulador Reprehendis Liberdade”.

Depois, **Ambrosio A. Tardieu, em 1872**, aprofunda o tema da doença mental com “Estudo médico-legal sobre a loucura”. *A simulação de doença mental é uma questão sensível que requer profundos conhecimentos psicológicos, psiquiátricos e espírito de observação, considerando que é uma manifestação falsa, com uma finalidade, através do engano dos outros.*

Pertencendo o homem à espécie como resultado filoontogenético mais evoluído, tem **sofisticados meios fraudulentos de lograr vantagens para a sobrevivência**. Para ajudar o conhecedor da doença: **"louco tem aspecto de louco":** Há indicações típicas nos olhos, postura corporal, inflexões de voz, como se o simulador não pudesse isso imitar. Dizem que não consegue ficar muito tempo sem se trair, principalmente pelo exagero dos sintomas.
Pode associar lágrimas, sem a perturbação emocional intensa.

Quem finge? Qualquer pessoa cujos valores morais permitem alterar a realidade, distorcer fatos, com vistas aos seus interesses e direitos.
Produção de uma alteração voluntária da realidade.

Formas mencionadas de simulação

- Doença Simulada, Doença Oculta, Doença pretexto, Doença Provocada, Doença Exagerada, Doença Mantida, Simulação Reativa (contagio), Sobressimulação ...
- Motivado por uma “necessidade” ou “conveniência” social ou pessoal.
- **Formas diversas:** Disfarce, a pessoa tenta esconder, camuflar, ou alterar ferimento ou doença com objetivo de lucro/benefício.
- **Gisbert** referendado por **Marlet Ramos(1987)** caracteriza como: Esforço voluntário consciente de fraude; invenção ou alteração de sintomas mórbidos e um egoísmo de efeito utilitário.
- **Marlet(1991)** diz que metade da simulação da vida é para simular o medo da morte, ao ridículo ou vergonha. Dialética do ser e do parecer **(A.Meleiro, 2003)**

Formas mencionadas de simulação

- **CID 10** – Simulação – **Z 76.5**
- **DSM-IV**- Simulação- **V 65.2**
- **F 68.1 – <u>Elaboração de sintomas físicos por razões psicológicas</u>**

- **Inclui: Neurose de compensação, transtorno factício (exclui: dermatite factícia -L 98.1), síndrome de Munchhausen, paciente peregrino ("rato" de hospital) Motivação inconsciente!**

- **EXCLUI: histeria de conversão, psicose histérica, transtornos dissociativos(F 44) transtorno somatoformes (hipocondria, trans. doloroso persistente. Sind. Ganser, Sind. da Costa, Dhat, "burn-out", fadiga crônica, psicastenia, neurastenia**

SINAIS PARA DETECÇÃO DE SIMULAÇÃO

- **A retenção da informação e da falta de cooperação .**
- A memória do simulador tem lacunas significativas, é cauteloso e pensa que o examinador tem menos informação.

  Frequentemente, afirma ter esquecido e não sabe das coisas.

- Tentam o controle da entrevista, age de uma maneira intimidadora, gasta tempo para pensar nas respostas.

  Tom irônico ou ridículo, ausência de emoção ou distúrbio emocional.

- Ampliar – Aumentar a dramatização no relato da história, chorar na entrevista por fato corriqueiro.

- Chamar atenção para a sua doença - contrasta com doentes reais que são relutantes para discutir sintomas.

- Agem como surdos e mudos – tornam-se intelectualmente deficientes, com amnésia e delírios. Atuam como **"estúpido e louco"** (acreditam que pessoas mentalmente doentes são burras).

- Atitude de cautela – pouca disposição ao interrogatório.

Ausência de perturbações emocionais - alucinações sem medo, raiva ou depressão. Em caso de dor, mas estão livres dos sinais que a acompanham.

Ausência de perseveração - coerência na personalidade e na patologia.

Incoerência – êxito em respostas complexas e erro em simples. Falta colaboração ao diagnóstico

O ritmo é lento e evasivo, os olhos são menos claros, expressão de desconfiança e medo de serem descobertos . Perito é o árbitro, representa o poder, o concessor. **Pode fingir a depressão e se queixar da fadiga, mas não o frio nas mãos, flacidez muscular, hipotonia, emagrecimento, cabisbaixo ...**(representação plástica – diferente de só olhar para o chão).

Podem trazer queixas de forma invulgar, atípicas, inexplicáveis ou incoerentes com conhecidos distúrbios. Familiar sabe mais que o paciente o que acontece com ele.

Divergência entre auto-relato e prontuários médicos.Perito deve saber que aquela gravidade de sintomas deve ter acompanhamento anterior com psiquiatra.

Não seguir plano de tratamento para determinado diagnóstico. Sem antecedentes. Sem notável ruptura com personalidade anterior.

“Uma pessoa que foi responsável, poucos períodos sem vínculo, menos provável que simule”

Um estudo de Backer (1993) indicou que simuladores exibiam uma maior frequência de erros por amnésia que controles com perturbação cerebral. Maior número de respostas dissociadas e absurdas.

Atentar quando a sintomatologia é difusa, subjetiva, não objetivável (documentos de acompanhamento, exames, receitas não utilizadas, medicações sem condições de comprar) dificuldade de compor uma síndrome (características atípicas), não gerando empatia com o observador. Repete com exatidão a resposta, enquanto o alienado, se não acrescenta, até diz que não falou...

Considera a si mesmo como um alienado, em oposição com o que ocorre com o enfermo mental, associado ao **mutismo, desconhecimento, respostas incoerentes e evasivas, usando mais linguagem gestual, aceitação de novos sintomas sugeridos, falta da continuidade do sintoma fora da observação do perito, esta última seria um "patognomônimo".**

Sempre mais difícil o diagnóstico de simulação se o simulador tem um bom acervo cultural e conhece perfeitamente o quadro clínico. Usos de :"eu acho"... "eu acredito"

Grande desorganização do pensamento e pequena desorganização da vida.
(Kucharski, 1998)

A Simulação deve ser sempre cogitada antes do diagnóstico de **Psicose Atípica.**
(Resnick,1997)

•**Tipos** (pura, parcial, falsa imputação)

- **Pré-simulação ou simulação anterior**
- **Parassimulação, supersimulação ou simulação aumentada**
- **Metassimulação** ou **simulação residual**(mais frequente, depois de recuperar-se , continua a fingir os sintomas);
- **Dissimulação** – é o contrário da simulação (evitar internação, interdição - fazer levantamento da mesma), ganhar liberdade do manicômio judiciário, anulação de casamento, progressão de regime;

Qualidades do perito ao observar o simulador: cauteloso (prudente, discreto); perspicaz (que vê bem, talentoso, sensível, penetrante, agudeza de espírito); sensível para observar a multiplicidade de opiniões e dos jeitos possíveis dos sujeitos.

Mitos

Acreditar que não ocorre com frequência.

Associar simulação com doença mental.

(quem simula é doente)

Acreditar que o avaliador não consegue ser enganado.

Valorizar excessivamente a pessoa sem o levar em conta o contexto:leitura detalhada das circunstâncias(ameaça de demissão, porte de drogas, não comparecer a audiências, separação litigiosa, pensão alimentícia, pedofilia em fase de separação).

Acreditar tudo aquilo que é dito sobre amnésia e alucinações.

Os trapaceiros, os impostores, os mistificadores são gênios na arte da simulação.

Pensar que prejudica ou ter medo de intervir (estimular reações, confrontação, misturar sintomas, provocar situações)

fugir do ônus de ver de novo!

“Todo simulador é um ator que representa uma doença conforme ele a compreende”. (Ossipov, 1944).

O simulado utiliza-se da fraude e/ou da violência, no primeiro caso, **analisa e engana seu algoz**, na segunda hipótese, fragilizado da capacidade diplomática, **age com violência.**

***Palamedes*, colocou seu filho diante das rodas do arado desmascarando *Ulisses* (que desviou a trajetória).**

Como ensina *Afrânio Peixoto*, a simulação, motivada pelo que se chama de "indenisofilia" (ou sinistrose, segundo *Brissaud*), é "a luta desonesta pela vida" que em todos os tempos, segundo *Flamínio Fávero*, "faz concorrência à luta honesta". (in Perícia Medica Judicial, *Hermes Rodrigues de Alcântara)*

FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO DE MENTIR

- Vrij (2000) propõe uma classificação referente as diferenças de comportamento de mentira e engano:

- **MANIPULADORES:** mentiroso, egoísta, astuto e manipulador; mentem para seu benefício, são cínicos, não sentem desconforto em mentir, não respeitam normas morais.

- **ATORES:** maior controle na conduta verbal e não-verbal.

Fonte: Direito e Psicologia : Prof(a).: Caroline Marafiga

FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO DE MENTIR

- **SOCIÁVEIS:** tendem a mentir com mais freqüência do que as introvertidas, sentem-se mais confortáveis quando mentem e persistem mais tempo na mentira.

- **ADAPTÁVEIS:** ansiosas e inseguras socialmente, fortemente motivadas a causar boa impressão; também apresentam menor número de movimentos corporais.

- **INTELIGENTES:** apresentam maior habilidade com tarefas complexas.

FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO DE MENTIR

- Vrij (2000) comenta que um aspecto determinante na conduta da pessoa que está mentindo é sua percepção e manipulação do contexto que está inserida.

- O autor divide esta percepção em três áreas que produzem comportamentos diferentes, por vezes contraditórios durante a ação de enganar:

- **Emocional:** culpa (tende a fazer com que o mentiroso não olhe nos olhos do avaliador), medo e excitação (resultam em sinais de estresse, como erros hesitação na fala ou voz em falsete.

FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO DE MENTIR

- **Complexidade do conteúdo:** a pessoa que engana precisa estar atenta para não se contradizer. A complexidade resulta em: maior número de hesitações e de erros na fala, fala mais lenta, pausas, redução de toda a movimentação corporal e a evitação em olhar para o entrevistador.

- **Tentativa de controle do comportamento:** resulta em excessivo planejamento e rigidez com discurso demasiadamente formal.

Fonte: Direito e Psicologia : Prof(a).: Caroline Marafiga

SIMULAÇAO E DISSIMULAÇAO

- **SIMULAÇAO:** caracterizada no DSM-IV como a produção ou o exagero intencional de sintomas gerados por incentivos externos.

- Vargas (1990):

  - Pré- simulação ou simulação anterior: praticada de forma premeditada. O simulador planeja e executa seus sintomas com antecedência, de forma a criar um reconhecimento social de sua doença, para depois buscar o que deseja.

Fonte: Direito e Psicologia : Prof(a).: Caroline Marafiga

- Paras simulação, super simulação ou simulação aumentada: ocorre quando a pessoa copia e imita sintomas e condutas de outras pessoas doentes mentais com objetivo de obter vantagens;

- Metas simulação ou simulação residual: o sujeito após recuperar-se de uma doença mental, continua a fingir os sintomas com objetivo de auferir vantagens.

- **DISSIMULAÇAO:** uma pessoa com sintomas mentais pode ter interesse em esconder sua patologia para atingir determinados objetivos.

SUGESTÕES QUANTO A IDENTIFICAÇÃO DA MENTIRA E DO ENGANO

- Suspeitar;
- Provar;
- Não revelar informações importantes;
- Estar informado;
- Questionar o periciado a respeito do que disse anteriormente;
- Olhar e escutar com cuidado, abandonando estereótipos;
- Comparar o comportamento da pessoa suspeita de estar mentindo com o comportamento natural.

Fonte: Direito e Psicologia : Prof(a).: Caroline Marafiga

Testes para Detectar Sinais Físicos *Não Orgânicos* na Coluna Lombar - WADDELL

1. Sensibilidade aumentada ao leve tato na região lombar, localizada ou ampla, ou sensibilidade profunda disseminada em localização não correspondente com padrão anatômico.

2. Aparecimento da dor lombar à compressão axial do crânio ou durante a rotação do ombro e quadril simultaneamente.

3. Realização do teste de extensão do joelho com o indivíduo na posição sentada, simulando-se o exame físico do joelho ("Laségue sentado").

4. Anormalidades motoras ou sensitivas em múltiplas regiões, que não podem ser explicadas com base anatômica.

5. A hiper-reação durante o exame é o sinal mais importante entre os sinais não-orgânicos, representado pela verbalização desproporcional dos sintomas, expressão facial inadequada, tremores, desmaios e sudorese.

Sensibilidade não anatômica

Reider, **O Exame Físico em Ortopedia** – Guanabara Koogan -2001

Sinais Físicos Não Orgânicos da Coluna Lombar

Paciente Simulador

O paciente caminha dobrado, mão nas costas; expressão facial de dor. Apresenta uma ladainha completa de sintomas: dor cruciante, localizada mas migratória; queixas visuais, sexuais e/ou esfincterianas; andar bizarro. Refere descontentamento com o trabalho, seus colegas ou problemas financeiros

Teste de elevação da perna em extensão (90°) com o paciente sentado

O paciente se queixa de forma importante durante o mesmo teste quando deitado

Estiramento do nervo ciático

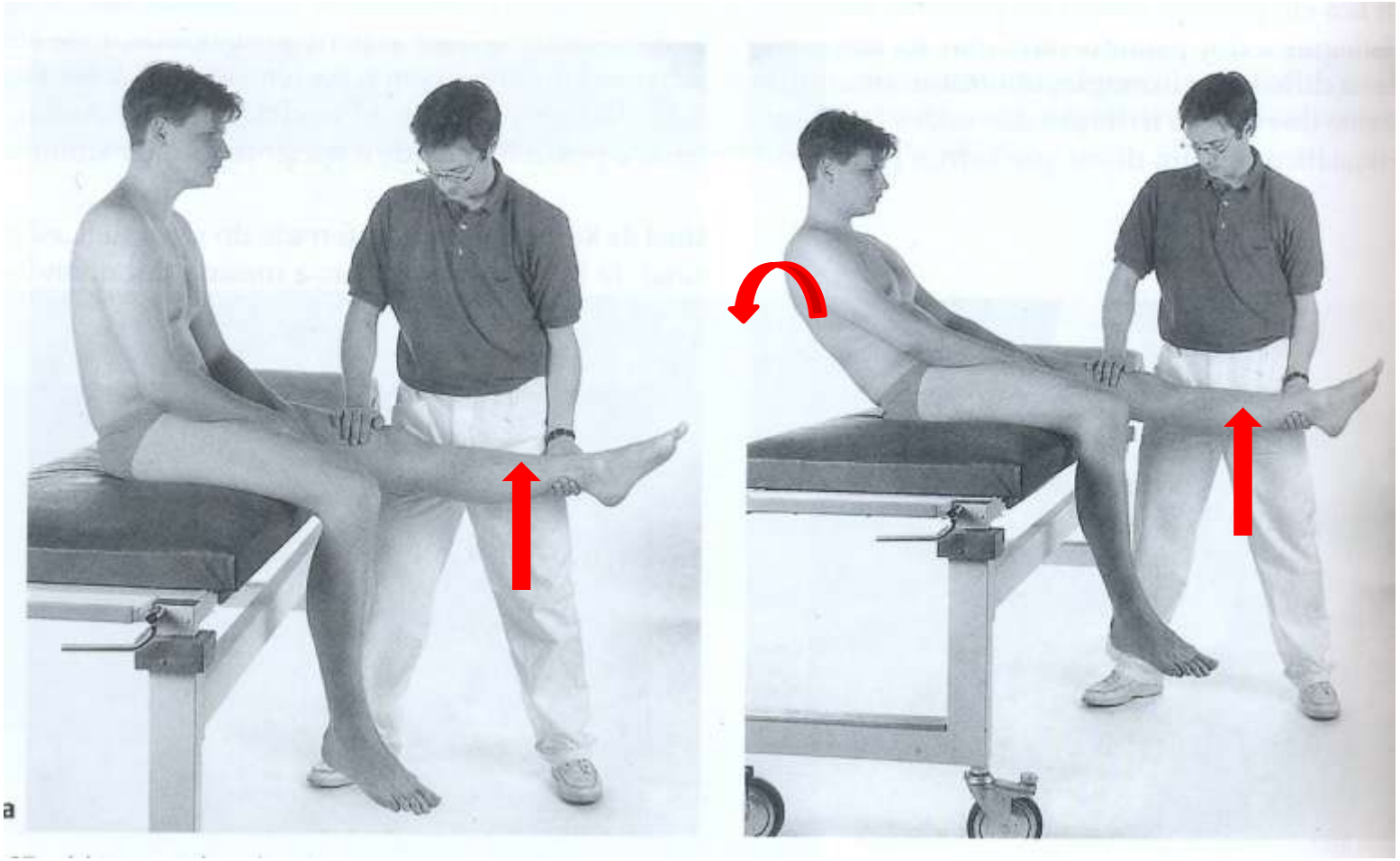
Apresenta diminuição de todos os movimentos da coluna vertebral devido à "dor". Resposta em retirada à palpação de qualquer parte

Não há atrofia muscular a despeito da queixa de uma prolongada desabilidade

Sinal da distração. A elevação do membro inferior distendido em decúbito dorsal reproduz os sintomas, o que não ocorre com a elevação da perna na posição sentada.

Reider, **O Exame Físico em Ortopedia** – Guanabara Koogan -2001

Teste de Betcherew (3)

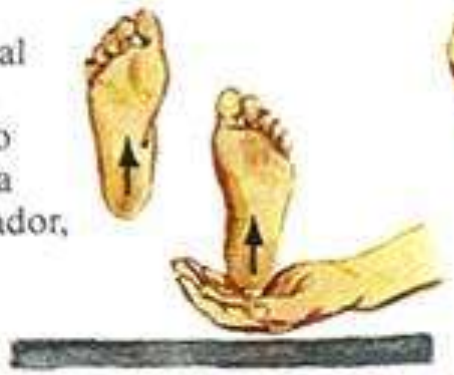


Betcherew positivo ciatalgia

Sinais Físicos Não Orgânicos da Coluna Lombar

Sinais Físicos Não Orgânicos da Coluna Lombar

Sinal de Hoover (3)



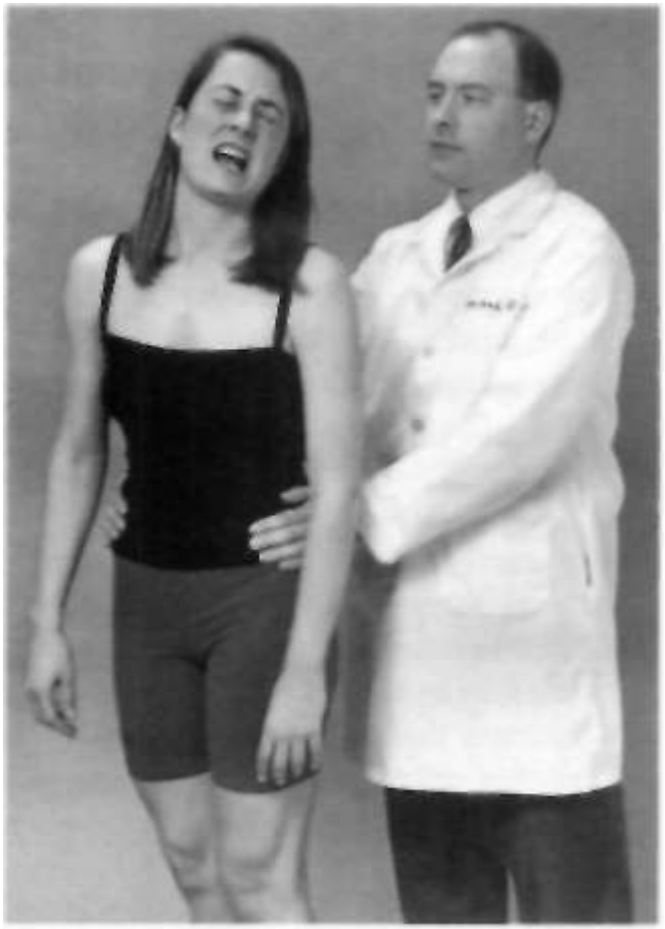
A resposta normal ao elevar-se uma perna é a pressão para baixo com a outra. No simulador, geralmente se observa resposta inversa

Não há atrofia muscular a despeito da queixa de uma prolongada desabilidade

"Green poultice" ("compressa verde") o "tratamento" promove um alívio miraculoso da dor

Manobra da Simulação de rotação.

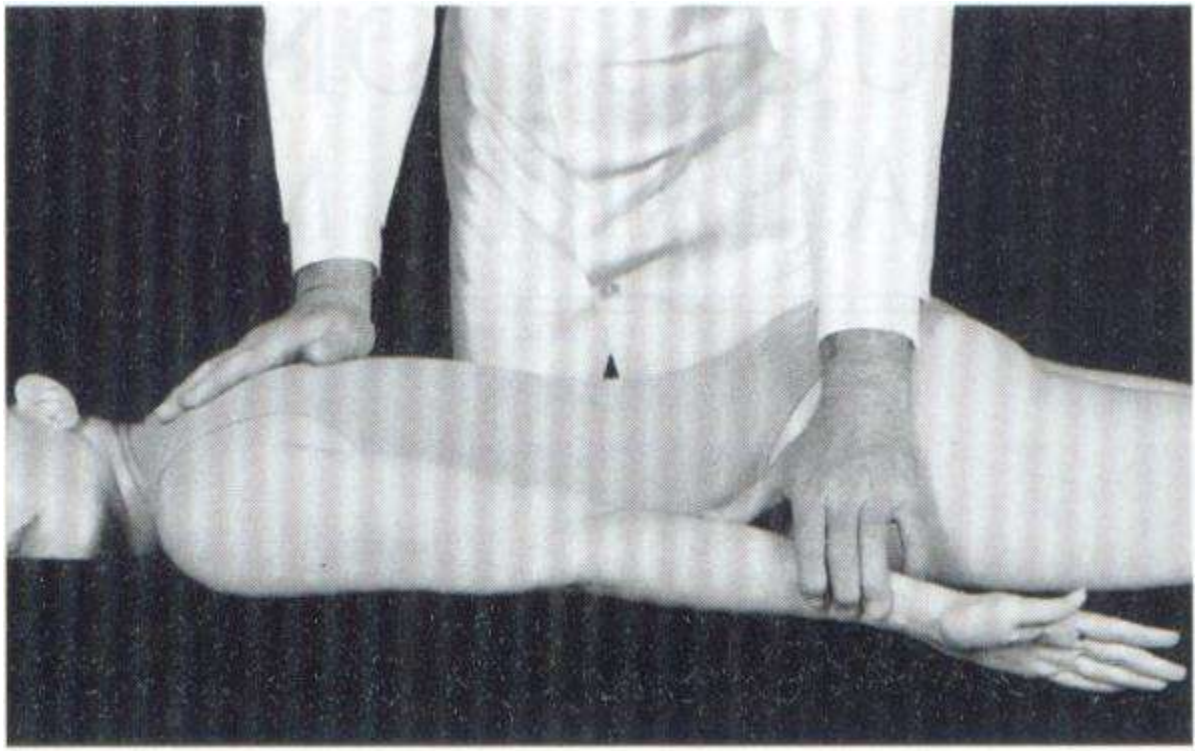
O paciente deve estar na posição ortostática , e o examinador faz uma rotação dos ombros de modo coplanar com a pelve. Trata-se de movimentos mútuos que não exercem nenhuma força de tprção sobre a coluna torácica ou lombar.
Por conseguinte não deve provocar dor nessas regiões.



Reider, **O Exame Físico em Ortopedia** – Guanabara Koogan -2001

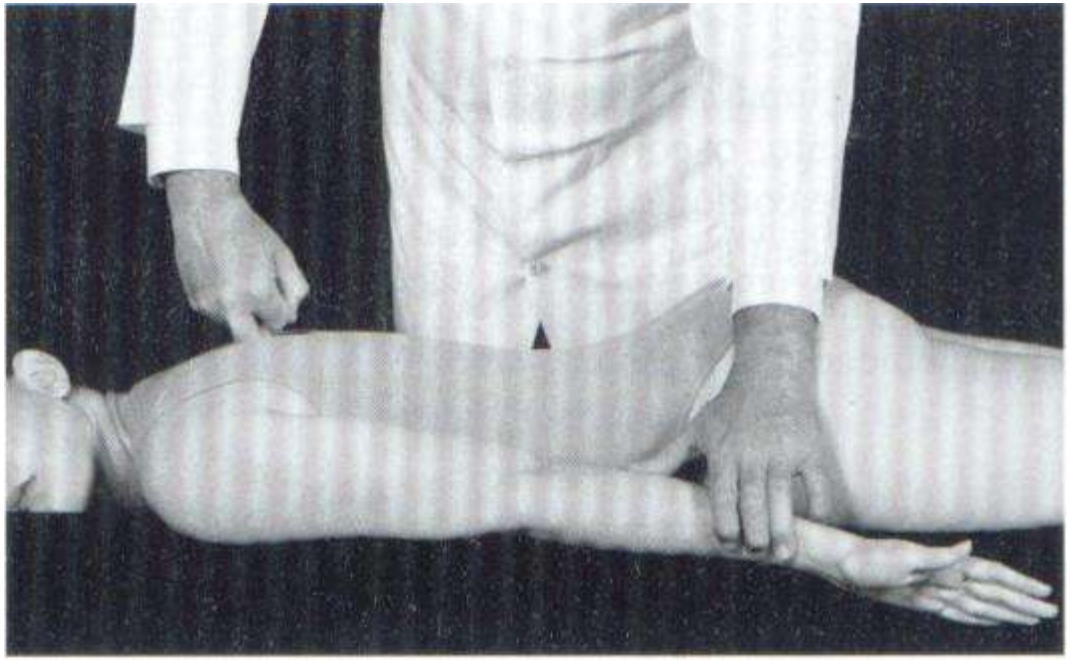
Teste do banco de Burn (2,5)

Sinal de Mannkopf (3,5)
1-AVALIAÇÃO PARA *DOR SIMULADA*



O teste pode ser aplicado em qualquer área de dor musculoesquelética. O examinador palpa o pulso radial do paciente em repouso e estabelece um índice básico.

Sinal de Mannkopf (3,5)
2-AVALIAÇÃO PARA *DOR SIMULADA*



O examinador aplica pressão firme ou qualquer forma de estimulação nociva sobre a área de dor. Esse palpa novamente o pulso radial do paciente. Um aumento de 10 ou mais batimentos por minuto na freqüência de pulso é um sinal positivo. O sinal não ocorre na dor simulada.

Pode-se usar um **oxímetro** para melhor acompanhar a frequência cardíaca.

Ibirapuera
V. Mariana
Sto. Amaro
Brasil

Lombalgia de Causa Não Orgânica

A dor:

- é um sintoma não uma doença
- indica dano tecidual local ou patologia sistêmica
- é uma experiência muito pessoal, subjetiva e individual
- e o resultado do tratamento depende, em parte, da informação do paciente

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- 1930 – Mixter e Barr

  - Prolapso do disco intervertebral

  1933 – Ghormley

  - Facetas articulares

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- Radiografia
- Mielografia
- Tomografia computadorizada
- Discografia
- Ressonância magnética

Estimularam a imaginação clínica criando hipóteses fisiopatológicas para a lombalgia

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- 1980 – 1990

  - Ênfase: Anamnese
    Exame Físico
    Meio ambiente

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- Questão fundamental

  - Se a dor do paciente é Real ou Imaginária

  - Se evidencia ou não uma patologia estabelecida

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- Lombalgia é uma queixa comum em pacientes e é freqüente ocorrer dificuldade no diagnóstico e no tratamento em especial se os sintomas do paciente são inexplicáveis

Lawiis, F.and M MacCoy: Orthop.Clin.of North America 14,3:527-538, july 1983

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- O modelo clássico de saúde e doença requer modificações devido :

  - as anormalidades anatômicas podem existir sem sintomas

  ou

  - os sintomas podem existir sem anormalidades anatômicas

Haldeman

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- Questão Crítica:

  - De que modo a questão dinâmica, psicológica do paciente interferirá ou promoverá uma resposta positiva ao tratamento

- IV Considerações primárias

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- I Fatores dolorosos psicogenéticos

- Freud: Psicossomático é um termo utilizado para os pacientes que referem a dor como defesa psicológica

- A defesa manifesta-se como um sintoma que ajuda o paciente a manipular o ambiente em que vive e restringir as suas atividades

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **MMPI** (***Minnesota Multiphasic Personality Inventory***) 1930

  - usado para acessar as características

  de personalidade dos pacientes com lombalgia para distinguir entre orgânica e funcional e identificar casos com predisposição segundo traços na personalidade.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Classifica os pacientes em 10 escalas:**
  - **hipocondria**
  - **depressão**
  - **histeria**
  - **desvio psicótico**
  - **paranóia**
  - **psicostenia**
  - **esquizofrenia**
  - **hipomania**
  - **masculino e feminino**
  - **introversão social**

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Hipocondria**

  - pacientes que ao lerem um questionário sobre dor indicarão respostas falsas ou verdadeiras.

  - em geral apresentam todos os sintomas.

  - pergunta-se sobre a presença da dor e a relação com o tempo de permanência.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Hipocondria**

  - queixas vagas e não específicas a respeito do seu corpo.

  - uma pessoa realmente doente tem baixo índice de respostas no questionário.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Depressão**

  - queda da moral

  - perda da visão do futuro

  - insatisfação com a sua posição social

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Histeria**

  - Descreve uma pessoa que tem queixas primárias somáticas relatadas a problemas psicossomáticos.

  - São pessoas socializadas mas inábeis em expressar suas emoções quando em contato direto com outras pessoas.

  - Demonstra reações histéricas ao estresse.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Desvio psicótico**

- Paciente anti-social, imoral, promiscuidade sexual, alcoolismo,mentiroso, rouba

- Políticos empresários, manipulam o médico induzindo a ocorrência de mal-prática apesar do conhecimento da patologia.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Desvio psicótico**

  - Pessoas pretas respondem pior ao questionário

  - Altos índices: pessoas rebeldes ao estado vigente

  - Baixos índices: aceitam autoridade convecional,submissos

  - Pessoas iradas ou independente socialmente.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Paranóia**

É a classificação mais crítica no processo de reabilitação visto que o paciente não acredita em outras pessoas especialmente profissionais da área da saúde.

O paciente sente-se perseguido por um indivíduo ou grupo e tem auto-imagem grandiosa, indicativo de falha na reabilitação passível de tratamento conservador.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Psicostenia**: atualmente pouco usado

  Paciente com dúvida obsessiva, compulsão, obsessão;

  Pessoas pouco adaptadas a realidade;

  Dificuldade de concentração.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Esquizofrenia:**

  - Pessoas bizarras
    - vários tipos:
      (catatônico,paranóico);

  -Percepções peculiares: paciente confuso com alucinações, em geral, mal adaptados a realidade;

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Esquizofrenia:**

  - alienação social
  - relações familiares pobres
  - falta de interesse
  - dificuldades sexuais

Indicativo de falha na reabilitação passível de tratamento conservador

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Hipomaníaco:**

  - Paciente agitado

  - Apresenta fuga de idéias e geralmente esta relacionado com impulsividade.

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Masculino e Feminino**

  - Diferenciar homossexual de heterossexual

  -Inteligência, educação e “satatus” social

  - Altos escores em homens (evidencia alteração sexual)

  - Mulheres pouco frequente

Fatores dolorosos psicogenéticos

- **Introversão sexual:**

  - participação social

  - vivência neurótica em grupos

  - auto-depreciação

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- II Fatores sociais que influenciam a avaliação médica:

- Pendência litigiosa: necessita provar que esta com dor ou possuem compensação financeira = ou > que o salário.

- Determinação da função familiar: manipula membros da família,vive em um grupo social não competitivo.

- Duração da dor crônica > 6 meses: acostuma-se com a rotina diária relacionada com a dor.

Fatores sociais que influenciam a avaliação médica:

- Dor associada ao estresse: presença de ansiedade pelo elemento estimulador da dor.

- Trabalho:

  - satisfação
  - litígios
  - compensação financeira
  - ambiente de trabalho

Fatores sociais que influenciam a avaliação médica

- Fatores complicadores:

  - médico ou social (outras doenças)
  - medicamentoso (psicotrópicos)

- Tratamentos antigos iguais ao atual :

  - paciente não adere ao tratamento necessita de uma nova abordagem

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- III Fatores que motivam para a recuperação da saúde:

- Fator interno (intrínseco do paciente)

- Forte expectativa no atendimento médico

- Teste Health, Atribuition Test (identifica o topo de paciente em relação a sua recuperação.

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- IV Análise confiável dos instrumentos de avaliação emocional:

  Por exemplo:

  - Você é uma pessoa feliz ?
  - Você é tenso ?

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- **Na lombalgia** o cuidado médico centra-se no depoimento e na resposta ao tratamento informado pelo paciente

Lawlls,F. and MMc Coy: Orthop.Clin.Of North America 14, 3:527-538, July 1983

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- O paciente com queixa de dor e incapacidade fica, em geral, na expectativa de um ganho financeiro em função de litígios porque

a sociedade premia os que se queixam de dor, sofrimento e incapacidade profissional.

Tynde

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- Teste de Waddell : Spine1980 ; 5:117-125

3 dos 5 testes positivos indicam:

Fingimento da doença

ou Ganho secundário

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- Sensibilidade superficial não anatômica

Waddell Spine: 1980: 5,117-125

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- Sensibilidade superficial não anatômica
- Testes de simulação:
  compressão axial e rotação da coluna vertebral

Waddell Spine 1980 ;5;117-125

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- 1.Sensibilidade Superficial não anatômica
- 2. Testes de simulação: compressão axial e rotação da coluna vertebral

- 3. Teste de extensão da perna na posição sentada é negativo ? E na posição supino é fortemente positivo !

Waddell Spine 1980;5:117-125

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- 1.Sensibilidade superficial não anatômica
- 2.Testes de simulação:compressão axial e rotação da coluna vertebral
- 3.Teste de extensão da perna na posição sentada é negativo ? E na posição supino é fortemente positivo

- 4-Sensibilidade e motricidade não anatômicas

Waddell Spine 1980; 5:117-125

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- 1.Sensibilidade superficial não anatômica
- 2.Testes de simulação: compressão axial e rotação da coluna vertebral
- 3.Teste de extensão da perna na posição sentada é negativo ? E na posição supino é fortemente positivo
- 4.Sensibilidade e motricidade não anatômicas

- 5.Reação exagerada no exame físico

Waddell Spine 1980; 5:117-125

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- Relação entre fatores físicos e psicológicos

  A presença de **sinais de Waddell** *não exclui* componentes físicos da lombalgia.

Lombalgia de Causa Não Orgânica

- **A NATUREZA HUMANA É DIFÍCIL DE SER PREVISTA OU MESMO INTERPRETADA.**

Lombalgia de Causa Não Orgânica

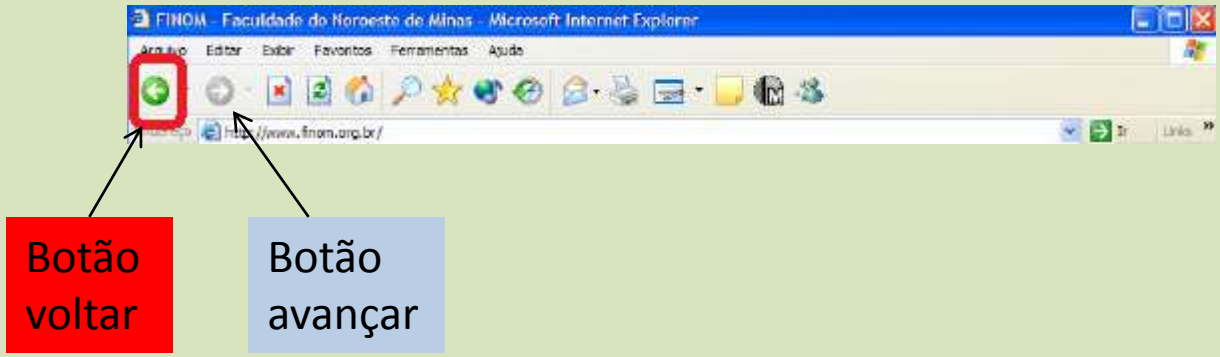
A vida é curta.
A arte é longa.
A oportunidade fugaz.
A experiência falaciosa.
O julgamento difícil.

HIPÓCRATES

Para acessar os módulos do hipertexto

Retornar para o Índice Geral

ou, usar o *botão voltar* na barra de navegação.



Psiquiatria

Diagnóstico e tratamento.

Renato Ferreira Franco.

Diagnótico

- Psiquiatria clássica (ex: esquizofrenias, paranóias, PMD, psicopatias).
- Diagnóstico estrutural – Psicanálise (psicose, neurose e perversão).
- DSM IV e CID 10 – diagnósticos sindrômicos (ex: transtornos do humor, transtornos ansiosos – fobias e pânico, transtornos delirantes).

Psicopatologia.

- Ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental.
- Estudo dos fenômenos psíquicos.
- Consciência; orientação; memória e atenção; inteligência; consciência do eu; pensamento; senso-percepção; humor; afeto.
- Alteração nos fenômenos psíquicos = sintomas.

Prevalência das Doenças Psiquiátricas no Brasil (Almeida e cols, 1997).

- 31 a 50% da população apresenta durante a vida pelo menos um episódio de transtorno mental.
- 20 a 40% da população necessita de algum tipo de ajuda profissional.
- Transtornos Ansiedade 9-18%; fobias 7-17%; dep. Álcool 7-9%; transtornos Depressivos 2-10%; transtornos Psicóticos 1-2%; mania e ciclotimia 0-1%.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

- Segundo OMS, a depressão maior unipolar afeta cerca de 50 milhões de pessoas no mundo, sendo a primeira causa de incapacidade para o trabalho entre todos os problemas de saúde (Murray e Lopez, 1996) e a quarta causa de de ônus social.
- Tristeza (sentimento da vida psíquica normal) é diferente de Depressão. Tristeza é reação de ajustamento a uma situação adversa.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

- **Elemento central: humor triste**.
- Outros elementos:

1) **psíquica** (auto-desvalorização, anedonia, fadiga, déficit da atenção, memória e dificuldade para tomar decisões, apatia, desesperança).
2) **esfera instintiva e neurovegetativa** (insônia ou hiperinsônia, perda de apetite, diminuição do libido).
3) **alterações ideativas** (ideação negativa, pessimismo, arrependimento e culpa, ruminações de mágoas, idéias de morte, plano de atos suicidas).
4) **psicomotoras** (permanecer na cama, esturpor, lentificação psicomototra, mutismo, negativismo).
5) **sintomas psicóticos** (idéias delirantes de cunho negativo, ruína ou miséria, culpa, negação de órgãos e delírio de inexistência) e alucinações.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

- Mais comum nas mulheres.
- Mais comum em pessoas separadas, solteiras e viúvas.
- Mais comum em pessoas que moram sozinhas ou vivem zonas de violência, desemprego, perda de entes queridos, estresse crônico e falta de suporte social.
- Em pacientes internados por doenças clínicas (22 a 33%).
- 50 a 80% dos pacientes que receberam tratamento para depressão podem apresentar outro episódio de depressão.
- Inicia-se entre 20 a 44 anos.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

- Reacional.
- Biológicas.
- Genéticos.
- Neuroquímicos.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

Episódio ou Fase Depressiva e Transtorno Depressivo Recorrente.

- Sintomas depressivos devem estar por, pelo menos, duas semanas e não mais que por dois anos de forma ininterrupta. Geralmente entre 2 e 12 semanas.
- Pode ser leve, moderado e grave.
- Quando o sujeito apresenta, durante sua vida, vários episódios depressivos, não intercalados com crises maníacas, deve-se fazer o diagnóstico de transtorno Depressivo recorrente.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

DISTIMIA.

- É uma depressão crônica, de intensidade leve, na maioria dos casos, muito duradoura. Começa na vida adulta e dura vários anos.
- Baixa auto-estima, fadiga, anedonia, irritabilidade, mau humor crônico.
- Os sintomas devem estar presentes ininterruptamente por, pelo menos, dois anos.
- Sujeito com a média da vida deprimido.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

Depressão do tipo melancólica ou endógena.

- Para alguns autores é de natureza neurobiológica.
- Anedonia, forte estado de tristeza, lentificação psicomotora, perda de apetite e peso, pior pela manhã e melhora durante o dia, insônia terminal, ideação de culpa (atos suicidas).

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

DEPRESSÃO PSICÓTICA.

- Depressão grave com associação de sintomas psicóticos, como delírios de ruína, negação dos órgãos, alucinações.
- Sintomas psicóticos de humor congruente (de culpa, morte, punição) ou sintomas psicóticos.
- Grande perda de peso, isolamento, negativismo, dias acamado, catalepsia (imóvel e rígido), sem respostas ao ambiente, pode se desidratar: **estupor depressivo.**
- Risco de auto-extermínio.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

DEPRESSÕES SECUNDÁRIAS.

- Associada a uma doença ou quadro clínico somático, cerebral ou sistêmico.
- Hiper e hipotireoidismo, hipo e hiperparatireoidismo, lúpus, Parkinson, AVCs.
- Corticoterapias, quimioterapias, intoxicações por chumbo e mercúrio.

TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES.

ANTIDEPRESSIVOS.

- A categoria de drogas psiquiátricas que mais foi ampliada nos últimos 05 anos.
- Descobertos na década de 50.
- Classes:

1) ANTEDEPRESSVISO TRICÍCLICOS.

- São os antidepressivos mais prescritos no SUS.
- São indicados na depressão, enurese noturna, dores crônicas, pânico, transtornos da alimentação, fobias e TOC.

TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES.

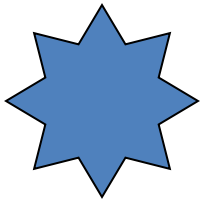
1) <u>ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS.</u>

- Bloqueiam a recaptação de serotonina e noradrenalina.
- Exemplos: Amitriptilina 75 a 225 mg/dia; imipramina 25 a 225 mg/dia; nortriptilina 50 a 150 mg/dia; clomipramina 75 a 225 mg. Alguns tricíclicos podem ser usados por via endovenosa, em soroterapia (clomipramina, por exemplo).
- Tempo de uso de longo prazo: manter por 8 a 12 meses, após melhora dos sintomas.

TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES.

1) ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS.

- Efeitos colaterais mais importantes: Hipotensão ortastática, tonteira (antagonista alfa-adrenérgico); constipação intestinal, visão borrada, boca seca (anti-colinérgico/anti-muscarínico); ganho de peso, sonolência (anti-hsitamínico); distúrbios sexuais.
- Evitar em pacientes com arritimias cardíacas e pacientes com distúrbios da diminuição da motilidade intestinal.



TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES.

- ***INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA (ISRS).***

- Foram liberadas para uso em 1988.
- Aumento crescente em seu uso.
- Bom perfil de segurança e efeitos colaterais quando comparados com os tricíclicos.
- São usados na depressão, pânicos, TOC, fobias, dor crônica, transtornos da alimentação, transtornos da ansiedade, TPM.
- Fluoxetina 20mg, Paroxetina 20mg, Citalopram 20 mg, Sertralina 25 e 50 mg, Fluvoxamina 100 mg, escitalopram 20 mg.

TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES.

- Têm pouca afinidade aos receptores histamínicos e alfa-adrenérgicos se comparados aos ADT.
- Efeitos colaterais mais comuns são os gastrointestinais (náusea, diarréia, cólicas, azia). Insônia (10 a 20%). Sonolência (paroxetina), diminuição do apetite (fluoxetina), boca seca.
- Tempo de uso prolongado: 8 a 12 meses.
- Suspensão lenta e gradual.

TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES.

3) NOVOS ANTIDEPRESSIVOS.

- Mirtazapina.
- Trazodona e nefadozona.
- Venlafaxina.
- Bupropiona.
- Duloxetina.

TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES.

- Depressão e sintomas negativos causados pelos antipsicóticos típicos.
- Até o momento não há uma droga AD que se destaque por ter eficácia maior que as outras, na depressão maior.
- 20 a 30% dos pacientes não mantêm sucesso no tratamento após 18 meses de uso dos AD.
- Os AD diminuem taxas de recaídas.

TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES.

- Na depressão delirante recomenda-se a combinação de AD e antipsicóticos.
- AD em pacientes bipolares deprimidos pode ocasionar a mania e a aceleração dos ciclos. Os moduladores do humor são mais recomendados.
- A Manutenção por 6 meses após a melhora dos sintomas reduz em 50 % a freqüência de recidivas em relação ao placebo.
- Cuidados em pacientes com arritmias cardíacas e distúrbios da motilidade intestinal (tricíclicos).
- Altas doses de tricíclicos pode ser cardiotóxico, com distúrbios na condução cardíaca.

Transtornos da Ansiedade.

- Transtorno da Ansiedade Aguda.
- Transtorno da Ansiedade Generalizada.
- Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia.
- Transtornos Fóbicos Específicos.
- Transtornos da Fobia Social.
- Transtorno de Estresse Pós-traumático.
- Transtorno Obsessivo Compulsivo.
- Transtorno Conversivo.
- Transtorno de Ansiedade devido a uma condição médica geral.
- Transtorno da Ansiedade devido a uso de substâncias ativas.

Transtornos da Ansiedade.

- ***TRANSTORNO DA ANSIEDADE AGUDA.***
- Duração de dois dias a 30 dias.
- Mais comum em mulheres.

Transtornos da Ansiedade.

- ***TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA.***
- Presença excessiva de sintomas ansiosos, na maior parte do dia por, pelo menos, trinta dias.
- São comuns também insônia, irritabilidade, angústia, diminuição da concentração, taquicardia, tonturas,epigastralgia,formigamentos, sudorese fria.
- “Gastura”, “repuxamento dos nervos” e “cabeça ruim”.
- Os sintomas devem causar um sofrimento clinicamente significativo para prejudicar a vida social e ocupacional do sujeito.

Transtornos da Ansiedade.

- ***TRANSTORNO DO PÂNICO.***
- Mais comum no sexo feminino (3:1).
- Início entre 15 e 25 anos.
- Intensas crises de ansiedade, com descarga do sistema nervoso autonômico (taquicardia, sudorese, tremores,dispnéia,náuseas,etc.),parestesias,desperso-nalização, sensação de perda de controle ou de morte, dispnéia, sensação de desmaio, calafrios ou ondas de calor.

Transtornos da Ansiedade.

- São abruptas e com duração de 10 a 30 minutos.
- Aparecem sem motivo aparente, inclusive durante o sono.
- Apenas um ataque não caracteriza o transtorno do Pânico.
- São geralmente desencadeadas por determinadas situações (aglomerados humanos, viagens, uso de elevadores e túneis).

Transtornos da Ansiedade.

- Pode ser acompanhado de agorafobia (evitar situações nas quais seria difícil receber auxílio, se vir a se sentir mal, em situações de aglomerações, transportes públicos, cinemas,etc. Pedem sempre uma companhia).
- Com agorafobia variando entre 22,5 a 58,2% (Weissman et all.,1997).
- Tem evolução cônica e flutuante, com remissões parciais ou totais.

Transtornos da Ansiedade.

- ***AGORAFOBIA.***
- Evitar situações nas quais seria difícil receber auxílio, se vir a se sentir mal, em situações de aglomerações, transportes públicos, cinemas,etc. Pedem sempre uma companhia.
- Manifestação persistente.
- Evolução contínua (não sendo em crises).

Transtornos da Ansiedade.

- ***FOBIA SOCIAL.***
- Característica sintomática comum com o transtorno do pânico, porém tem características fenomenológicas distintas (medo de falar em público, comer em público, escrever em público, usar banheiros públicos, ser centro das atenções).
- Os ataques não são espontâneos, só ocorrendo na presença da situação social específica. É freqüentemente incapacitante.

Transtornos da Ansiedade.

- ***Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).***
- Quadro ansioso conseqüente da exposição a experiências traumáticas (violência, acidentes, estupro, causas naturais, guerra, terrorismo, tortura, campo de concentração, etc.).
- Prevalência de 7 a 9 % da população geral (de Albuquerque et al.,2003), sendo mais comum em mulheres (Motta, 2004).
- Critérios de diagnóstico ainda muito discutido.
- Revivência em *flash-backs, em pesadelos ou pensamentos e imagens* dos fatos traumáticos.

Transtornos da Ansiedade.

- Esquiva persistente de determinados estímulos, atividades ou situações ligados ao trauma.
- Diminuição do interesse, isolamento, tristeza – depressão associada.
- Distúrbios do sono, irritabilidade, dificuldade de concentração, hipervigilância.
- Sintomas devem ter duração de, pelo menos, um mês.
- Pode ser agudo (sintomas iniciam nos primeiros três meses após o trauma); crônico (quando a duração dos sintomas é superior a três meses após o trauma); tardio (sintomas se instalam após seis meses após o trauma).

Transtornos da Ansiedade.

- ***TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC).***
- Obsessões e compulsões (comportamental) repetitivos e esteriotipados.
- Impulso (ter caráter de alívio, sem sensação de culpa) *versus* compulsão (tem caráter de alívio com sensação de culpa).
- São pensamento e/ou comportamentos que “assumem o comando” da vida mental (consciência) do sujeito, mesmo contra sua vontade.
- Tema mais comum: sujeira ou contaminação, violência, sexo, organização. Compulsões: lavar as mãos, checagem ou de dúvidas, arrumações, rezar, etc.

Transtornos da Ansiedade.

- Os pacientes podem reconhecer os atos desnecessários ou absurdos. Se impedidos, ansiedade assume níveis insuportáveis.
- Mais comum é a combinação de obsessão e compulsão (60 a 70 %).
- Comum a Depressão como co-morbidade.

Transtornos da Ansiedade.

- ***TRANSTORNO DE ANSIEDADE DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.***
- Doenças (hipertireoidismo, lúpus) e condições(uso de medicações como corticóide, interferon, tóxicos, mercúrio e chumbo). Pré-menstrual (labilidade do humor e irritabilidade).
- Tratamento concomitante com psicoterapias (individual ou em grupo) tem menor chance de recidivas (Ballenger, 1992). Isso vale para todas os Transtornos Ansiosos.

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE.

- São as drogas psiquiátricas mais comumente usadas, principalmente por intensivistas e ginecologistas.
- Qualquer droga sedativa ou contra a ansiedade pode ser usada em dose mais baixa durante o dia para a ansiedade e em uma dose alta quando há dificuldade para dormir.

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE.

1) BENZODIAZEPÍNICOS.

- São usadas contra a ansiedade e indicadas também para o relaxamento muscular, insônia, estados epilépticos (diazepam), epilepsia (clonazepam), anestesia pré-operatória e abstinência alcoólica.
- O alprazolam também é usado na síndrome do pânico (alprazolam) e na depressão (clonazepam-acelera resposta de AD).

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE.

1) BENZODIAZEPÍNICOS.

- Ligam a receptores ácido gama-aminobutíriocos (GABA).
- Classes (com base na estrutura): 2-ceto (clordiazepóxido, clonazepam, diazepam, flurazepam); 3-hidroxi (lorazepam); triazo (alprazolam).
- As drogas 2-ceto sofrem oxidação no fígado (processo lento) e por isso têm meia-vida mais longa.
- Os compostos 3-hidroxi e triazolam são metabolizados mais rapidamente e por isso têm meia-vida mais curta.
- Compostos mais lipofílicos agem mais rápido.
- Lipossolubilidade *versus* metabolismo da droga.

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE

1) BENZODIAZEPÍNICOS.

- Diazepam comprimidos cinco e 10 mg.
- Ampolas 2ml. Meia vida longa.
- Clordiazepóxido comprimidos 25 mg (Psicossedin). Meia vida intermediária.
- Clonazepam comprimidos 0,5 e 2 mg (Rivotril). Flurazepam comprimidos 30 Alprazolam comprimidos 0,25 0,5 e 1 mg (Frontal). mg (Dalmadorm).
- Funitrazepam comprimidos um mg (Rohypnol).
- Lorazepam comprimidos de um e 2 mg (Lorax).
- Nitrazepam comprimidos cinco mg (Sonebon).

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE.

1) BENZODIAZEPÍNICOS.

- Estas drogas podem causar dependência e por isso devem ser usadas com cuidado pelo médico, sendo sensato usar por períodos menores, dependendo da patologia.
- Alguns pacientes experimentam sintomas de abstinência quando se faz à retirada abrupta da droga, após um longo tempo de uso, apresentando agitação, ansiedade, palpitações, sudorese e confusão.

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE.

1) BENZODIAZEPÍNICOS.

- O efeito colateral mais comum é a sedação, mas podem ocorrer tonturas, fraquezas, náuseas e hipotensão leve.
- Seguros em intoxicações até 30 vezes a dose diária normal.
- Interações: depressão somatória em associação com etanol, barbitúricos.
- Cetaconazol, nefazodona, fluoxetina, cimetidina, fluvixamina, sertralina – aumentam o nível sérico.
- Carbamazepina – diminue o nível sérico.

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE.

2) NÃO-BENZODIAZEPÍNICOS.

***Buspirona*.**

Antagonista parcial no receptor 5Ht1a.

Não produz dependência, sedação, tolerância e abstinência. Meia vida curta. Eficaz nos TAG.

Efeito terapêutico começa a ser sentido após duas semana de uso. Pode ser indicado em idosos e no abuso de álcool.

Dose: iniciar com 5m/2 vezes ao dia e pode ser aumentada 15 a 30 mg/dia.

Subestimada pelos clínicos, deveria ser droga de escolha em interconsultas.

Efeitos colaterais: cefaléia,náusea, tonteiras.

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE.

2) NÃO-BENZODIAZEPÍNICOS.

Novos Agentes Hipnóticos.

- São os novos agentes formulados contra a insônia e que têm a vantagem de não causar dependência.
- O mais comercializado é o Zolpidem comprimidos de cinco e 10 mg.

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE.

3) ANTIDEPRESSIVOS.

Transtorno do Pânico: ISRS – Paroxetina (10 a 20 mg/dia) e Sertralina (25 a 50 mg/dia).

Fobias: Paroxetina (20 a 50 mg/dia).

TETP: Sertralina 100mg/ dia e Paroxetina 20 a 40 mg/dia.

TOC: Fluvoxamina, Fluoxetina, Paroxetina e Sertralina.

TAG: Paroxetina 20 a 60 mg/dia.

Transtornos Alimentares

- O comportamento alimentar inclui algumas dimensões complementares: Dimensão fisiológica-nutritiva, Dimensões psicodinâmicas e afetiva (fome e alimentação vinculam-se à satisfação a ao prazer), Dimensão Relacional (no desenvolvimento da criança a boca é o mediador da primeira relação mãe-filho).
- Compulsão X Impulsão.
- 1) Compulsão Alimentar Episódica (CAE): são episódios de compulsão alimentar, com consumo exagerado de calorias. Dois fatores (restrição alimentar e humores negativos) parecem ser importantes na manutenção da CAE e subseqüente purgação.
- 2% das mulheres da população geral. Na proporção entre os sexos de 3:2 (M/H).

Transtornos Alimentares

- Embora obesidade não seja um pré-requisito, existe uma superposição substancial entre CAE e obesidade.
- Obesos com CAE têm mais diagnóstico de depressão maior, Pânico e Transtorno da personalidade (Yanovski el al. 1992).
- Dois fatores (restrição alimentar e humores negativos) parecem ser importantes na manutenção da CAE e subseqüente purgação.

Transtornos Alimentares

- *Bulimia Nervosa:* preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida. Afeta 1 a 2% das mulheres.
- Aparecimento no final da adolescência e início da idade adulta. Iniciando com uma preocupação com o peso, insatisfação com o corpo e restrição alimentar importante.
- Segue-se, então, a CAE. Por fim, descobre-se os purgativos(auto-induzidos ou laxantes).
- As complicações médicas são raras (mais comuns depleção de potássio e cáries dentárias).
- Comum depressão maior, transtornos da ansiedade, alcoolismo, transtornos da personalidade.

Transtornos Alimentares.

- Etiologia: psicológico, neuroquímicos (restrições e serotonina) e sociais (padrão de beleza).
- Prevenção: discussão de hábitos alimentares saudáveis, particularmente entre adolescentes. Imposição do padrão de beleza.
- *Anorexia Nervosa:* transtorno caracterizado pela acentuada perda de peso auto-induzida(15% abaixo do peso ideal) por abstinência de alimentos ou por comportamento purgativos, uso de anorexígenos ou exercícios físicos, excessivos. Existe um medo intenso em ganhar peso, um distúrbio na existência da forma do corpo e amenorréia, em mulheres.

Transtornos Alimentares

- Não é incomum que a anorética apresente episódios de CAE seguidos de vômitos e purgação.
- 90% dos casos acontecem em mulheres ocidentais, modelos ou atletas.
- Mortalidade é variável em torno do 5% devido à complicações nutricionais ou cardiovasculares.

Tratamento dos Transtornos Alimentares.

Bulimia: *Fluoxetina 60 mg/dia.*

Anorexia: *Fluoxetina 60 a 80 mg/dia.*

Transtornos Psicóticos.

Caracterizam-se por ter sintomas típicos como delírios e/ou alucinações, distúrbios do pensamento e comportamento bizarro.

Os psiquiatras clássicos dão ênfase a perda de contato com a realidade.

Transtornos Psicóticos.

1) ESQUIZOFRENIA.

Aproximadamente 1% da população é afetada pela Esquizofrenia.

Equivalente em ambos sexos (17 a 27 anos homens e 17 a 37 anos nas mulheres).

Sintomas de Primeira Ordem de Kurt Schneider: percepção delirante; alucinação com vozes de comando; eco do pensamento; roubo do pensamento; difusão do pensamento; vivência de influência. Existe um perda da relação eu-mundo, imposição do que vem de fora.

Sintomas negativos: distanciamento afetivo, retração social, empobrecimento da fluência verbal, diminuição da vontade, autonegligência, lentificação psicomotora.

Transtornos Psicóticos.

1)ESQUIZOFRENIA.

Sintomas positivos: alucinação, delírios, comportamento bizarro,agitação psicomotora, neologismos.

Sintomas negativos: distanciamento afetivo, retração social, empobrecimento da fluência verbal, diminuição da vontade, autonegligência, lentificação psicomotora.

Classicamente se divide a esquizofrenia em três tipos.

Transtornos Psicóticos.

1)ESQUIZOFRENIA.

Classicamente se divide a esquizofrenia em três tipos

- Forma Paranóide: idéias delirantes de cunho persecutório.
- Forma Catatônica: alterações motoras, hipertonia, flexibilidade cerácea, negativismo, mutismo.
- Forma hebefrênica: pensamento desorganizado, comportamento bizarro, afeto pueril.
- Forma simples: sem sintomas característicos, observa-se um lento empobrecimento psíquico, comportamental, embotamento afetivo e distanciamento social.

Transtornos Delirantes Que Evoluem Sem Déficits.

2) Paranóias:

- Caracterizam por delírios sistematizados (encistado ou cristalizado), com preservação da personalidade e da cognição. Após os 35 anos.

3) Parafrenias:

- Início tardio, delírios e alucinações de forma “fantasiosa”.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

- O tratamento das psicoses é feito através: 1 – Psicofarmacologia; 2- Psicoterapias; 3 – Reabilitação Psicossocial. O fio condutor é não deixar o paciente perder seus laços sociais e familiares, buscando sua subjetividade, entendendo-se aqui também a criação de aparatos que impeçam a perda de sua cidadania.
- Antipsicóticos.
- *Antipsicóticos convencionais.*
- Haloperidol (Haldol).
- Tioridazina (Melleril).
- Clorpromazina (Amplictil).
- Levomepromazina (Neozine).

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

- Ação: bloqueio dos receptores D2 pós-sinápticos especificamente na via dopaminérgica mesolímbica, reduzindo a hiperatividade em tal via, que é considerada a causadora dos sintomas positivos da psicose.
- Efeitos colaterais: os antipsicóticos convencionais distribuem por todo o cérebro, bloqueando outras vias dopaminérgicas e causando efeitos colaterais.

A – Bloqueio dos receptores D2 pós-sinápticos na via dopaminérgica mesocortical: simulam sintomas negativos da esquizofrenia.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

B – Bloqueio dos receptores D2 pós-sinápticos na via dopaminérgica nigroestriatal:

- Produzem distúrbios dos movimentos muito parecidos com os do Mal de Parkinson. São chamados de sintomas extrapiramidais (ocorre normalmente entre cinco dias e 4 semanas do uso do antipsicótico e caracteriza-se por rigidez muscular, postura inclinada para frente, fisionomia alterada como máscara e, até mesmo, ficar babando - sialorréia).
- Distonia: é o efeito colateral mais precoce, caracterizado por espasmos musculares na língua, mandíbula e pescoço. Crises oculógiras.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

- Discinesia tardia (movimentos faciais e da língua, como mastigação constante, protusão da língua para fora e caretas, assim como movimentos de membros, que podem ser rápidos, abruptos ou coreiformes). É causada por administração de antipsicóticos por longo prazo, independente da dose. Pode ser reversível se antipsicóticos convencionais forem retirados cedo.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

C – Bloqueio dos receptores D2 pós-sinápticos na via dopaminérgica tuberoinfundibular.

- Pode ocorrer o aumento dos níveis plasmáticos do prolactina, como aumento das mamas e galactorréia, tanto em mulheres como em homens, e pode ter certa influência na impotência dos homens e na amenorréia das mulheres.

D – Outros efeitos colaterais comuns:

- Constipação, visão turva e boca seca – ação bloqueio dos receptores colinérgicos muscarínicos.
- Hipotensão postural e tontura – ação bloqueio dos receptores alfa um adrenérgicos.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

- Ganho de peso e sonolência – bloqueio dos receptores histamínicos. A sedação pode ser acompanhada muitas vezes de fadiga, pode ser útil nos primeiros momentos do tratamento em pacientes muito agitado e desorganizado, mas é uma desvantagem depois que o paciente melhorou. A sedação pode ser acompanhada de acinesia, um efeito colateral caracterizado por inércia, inatividade e falta de movimentos espontâneos..

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

- Acatisia: é uma incessante inquietação interna causada pelos antipsicóticos e está entre os efeitos colaterais menos entendidos e explicados. O paciente tem um caminhar agitado, desesperado, torcendo as mãos e os pés. Não consegue ficar sentado, levantando-se e sentando-se continuamente.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

- Síndrome Neuroléptica Maligna: é uma complicação potencialmente ameaçadora à vida pelo uso dos antipsicóticos. É caracterizada por hipertermia, sinais extrapiramidais (rigidez muscular roda dentada, sialorréia, crises oculógiras, etc.). Pode ocorrer de um a três dias em pacientes sob o uso de antipsicóticos. O melhor tratamento é a identificação precoce, a interrupção do neuroléptico e uma rápida transferência para um centro médico.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

- Geralmente usam-se drogas antiparkisonianas para evitar e/ou tratar os efeitos colaterais citados acima. O mais usado é o Biperideno (Akineton), comprimidos de dois mg e ampolas para uso parenteral. Estas drogas podem também apresentar efeitos colaterais como estase intestinal, boca seca e visão borrada.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

Drogas Antipsicóticas de segunda geração, atípicos ou não-convencionais..

São antipsicóticos descobertos recentemente pela indústria farmacêutica e liberados para o uso em pacientes com sintomas psicóticos positivos e negativos. A maioria não causa pseudoparkisonismo ou distonia e, essencialmente, muito menos ainda, acatisia. Parece improvável que causem discinesia tardia.

Tratamento dos Transtornos Psicóticos

- As drogas mais comuns são a Clozapina (Leponex), Risperidona (Risperdal) e Olanzapina (Zyprexa). Têm como inconveniente o alto custo.
- A Clozapina pode causar doenças hematológicas graves e por isso exige controle laboratorial severo.
- A Olanzapina pode causar ganho de peso, alterações aumentando glicemia e a lipidemia.
- A Risperidona em altas doses causa sintomas de impregnação neuroléptica, distúrbios sexuais
- Quetiapina e Ziprazidona.

Transtornos Maníacos.

- Sintoma central: euforia, exaltação do humor.
- Deve estar presente a aceleração de todas as funções psíquicas (taquipsiquismo), apresentando agitação motora.
- Aumento da auto-estima; elação (engrandecimento do eu); insônia; logorréia; hipertenaz, hipervigil; irritabilidade; heteroagressividade;desinibição social e sexual; compras exageradas; delírios de grandeza; alucinações; labilidade afetiva.

Transtornos Maníacos.

1)Mania franca e grave.

- Sintomas citados acima de forma muito acentuada.
- Idosos ou com lesões cerebrais prévias podem se apresentar confusos, consciência rebaixada.

2) Hipomania.

- Sujeito mais disposto que o normal, fala muito mas sem fuga de idéias, sem limites.
- Pouco sono, excessivo nas atividades diárias. Sem disfunção social.

Transtornos Maníacos.

3) Ciclotimia.

- Pacientes que apresentam ao longo da vida freqüentes períodos de leves sintomas depressivos seguidos de períodos de hipomania. Isto ocorre sem que o indivíduo apresente um episódio completo de mania ou depressão.

4) Mania com sintomas psicóticos.

- Sintomas graves de mania acompanhados por delírios de grandeza, perseguição ou místicos, agitação psicomotora, alucinações auditivas.

Transtorno Bipolar tipo I e II

- Transtorno bipolar = Psicose Maníaco Depressiva.
- Tipo I: episódios depressivos leves a graves, intercalados com fase de anormalidade e de fases maníacas bem caracterizadas.
- Tipo II: episódios depressivos leves a graves intercalados com períodos de normalidade e seguidos de fase hipomaníacas.

Tratamento dos Transtornos Afetivos.

- Drogas usadas para evitar a recorrências da mania e da depressão em pacientes bipolares.

1- Carbonato de lítio.

- Também usado em pacientes violentos ou com raiva impulsiva ou episódica.
- Criados nos anos 40.

Tratamento dos Transtornos Afetivos.

- É necessário a monitorização sérica para o tratamento ser seguro e não causar riscos de intoxicação.
- Apresentação de comprimidos de 300mg ou de liberação longa de 450 mg.
- Podem causar irritação gástrica, diarréia e náuseas.

Tratamento dos Transtornos Afetivos.

- O sintoma colateral mais comum é o tremor, principalmente nos dedos. Podem também reclamar de esquecimentos.
- Pode ocorrer ganho de peso. Podem ocorrer distúrbios tireoidianos.
- Deve-se pedir exames laboratoriais periódicos para avaliar a função renal dos pacientes em litioterapia.

Tratamento dos Transtornos Afetivos.

2- Carbamazepina

- É um anticonvulsivante.
- Comprimidos de 200 e 400 mg, solução oral.
- Sintetizada em 1957, mas só na década de 70 começou ser usada na psiquiatria como estabilizador do humor.

Tratamento dos Transtornos Afetivos.

- Podem ser usadas somadas ao lítio.
- Melhores para pacientes com ciclos rápidos.
- É usada para controle da impulsividade.
- Deve ser monitorizada com exames de dosagem sangüínea e hemogramas para evitar distúrbios sangüíneos (agranulocitose e anemia aplástica).
- Não devem ser usadas em pacientes grávidas.

Tratamento dos Transtornos Afetivos.

3- Ácido Valpróico (Valproato).

- Comprimidos e solução.
- Também são anticonvulsivantes.
- Eficaz no controle da mania aguda.
- Profilático do transtorno bipolar.Distúrbios gastrointestinais, náusea, vômitos, tremor e sedação.
- Teratogêmicos.
- Monitorização sangüínea.

Bibliografia.

- Schatzberg, Alan F.; Nemeroff, Charles B. Psicofarmacologia Clínica. Guanabara koogan, 2002.
- Schatzberg, Alan F.; Cole, Jonathan; DeBattista, Charles. Psicofarmacologia Clínica. Guanabara Koogan, 2004.
- Stahl, Stephen. Farmacologia: Base Neurocientífica e Aplicações Práticas. Medsi, 2002.
- Dalgalarrondo, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Arte Médicas, 2002.

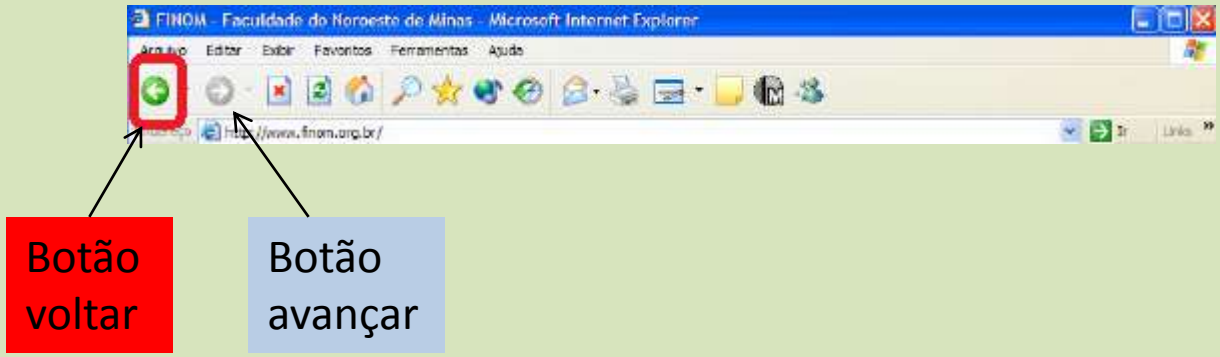
Bibliografia.

- Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10. OMS, 1993.
- Kaplan; Sadok; Grebb. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Artes Médicas, 1997.

Para acessar os módulos do hipertexto

Retornar para o Índice Geral

ou, usar o *botão voltar* na barra de navegação.



A AVALIAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADES

NA PERSPECTIVA DE UMA NOVA CLASSIFICAÇÃO NO BRASIL

COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA – CORDE / SEDH

EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO E DA TERMINOLOGIA

- **CONSTITUIÇÕES ANTERIORES:**
  - DESVALIDOS;
  - EXCEPCIONAIS.

- **EMENDA CONSTITUCIONAL N° 12/1978**
  - DEFICIENTES

  - ANO INTERNCIONAL DA PESSOA DEFICIENTE ONU -1981

- **CF DE 1988 – PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

  - CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – ONU - 2006

CLASSIFICAÇÃO

PERÍODO IMPERIAL – INSTITUTOS E ASILOS:

1. **ASILO DOS INVÁLIDOS DA PÁTRIA;**
2. **INSTITUTO DOS MENINOS CEGOS;**
3. **INSTITUTO DE SURDOS- MUDOS.**

MANUTENÇÃO DESTA DIVISÃO MUNDIALMENTE ACEITA, ACRESCIDA DE :

LOUCOS, DOENTES MENTAIS, RETARDADOS E EXCEPCIONAIS.

LEI n° 7.853/89 e DECRETO n° 914/93

- Art. 3° - Considera-se pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. REVOGADO

DECRETO N° 3.298/1999

- Art.3° I – deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II – deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter possibilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

DECRETO N° 3.298/1999

…III – incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

CARACTERIZAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS
DECRETOS N. 3298/99 e 5.296/04

- Categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II – deficiência auditiva – perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

a) de 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve;

b) de 41 a 55 db – surdez moderada;

c) de 56 a 70 db - surdez acentuada;

d) de 71 a 90 db – surdez severa;

e) acima de 91 db – surdez profunda; e

f) anacusia; REVOGADO

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

III – deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações; REVOGADO

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visu al é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;
4. utilização dos recursos da comunidade;
5. saúde e segurança;
6. habilidades acadêmicas;
7. lazer; e
8. trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências

CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Decreto nº 3.956/01, Art. 1º (Convenção de Eliminação de todas as formas de discriminação contra a pessoa portadora de deficiência - OEA - 1999):

"Deficiência significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social."

CARACTERÍSTICAS DA CLASSIFICAÇÃO ATUAL

- **APÓIA-SE NO CONCEITO DE CONSEQUÊNCIA DE DOENÇA OU AGRAVO, DA CIDID / OMS, 1980;**
- **ADOTA UMA LISTA DESCRITIVA, CID 10, DE DIAGNÓSTICOS OU DE ACHADOS CLÍNICOS;**
- **INCORPORA EM 2001, A DEFINIÇÃO DA CONVENÇÃO DA OEA DE 1999: COMPONENTE DE INTERAÇÃO DA PESSOA COM O MEIO ECONÔMICO E SOCIAL;**
- **APRESENTA ASSIMETRIAS ENTRE AS DEFICIÊNCIAS E TEM ASPECTOS SUBJETIVOS.**
- **NÃO ESTABELECE DIFERENCIAÇÃO PARA O ACESSO AOS BENEFÍCIOS, SALVO O CRITÉRIO DE RENDA, EM NORMAS ESPECÍFICAS.**

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – ONU 2006

- **PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SÃO AQUELAS QUE TÊM IMPEDIMENTOS DE NATUREZA FÍSICA, INTELECTUAL OU SENSORIAL, OS QUAIS, EM INTERAÇÃO COM DIVERSAS BARREIRAS, PODEM OBSTRUIR SUA PARTICIPAÇÃO PLENA E EFETIVA NA SOCIEDADE COM AS DEMAIS PESSOAS**.

- Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.

PL N° 7.699/2006

- Art.2° Considera-se deficiência toda restrição física, intelectual ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária e/ou atividades remuneradas, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social, dificultando sua inclusão social, enquadrada em uma das seguintes categorias:

I - deficiência física: membros ou face com deformidade congênita ou adquirida

b) lesão cerebral traumática;

II – deficiência auditiva:

a) perda unilateral total;

b)…média de 41 Db ou mais…

III – deficiência visual:

a) visão monocular;

b)…baixa visão entre 0,5 e 0,05…

IV – deficiência intelectual:...

V – surdo-cegueira;

VI – autismo;

VII – condutas típicas;

VII – deficiência múltipla.

PL N° 7.699/2006

§ 1° Considera-se também deficiência a incapacidade conceituada e tipificada pela CIF;

§ 2° Entende-se como deficiência permanente aquela definida em uma das categorias dos incisos ou do § 1° deste artigo e que se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos.

§ 3° As categorias e suas definições expressas nos incisos e § 1° não excluem outras decorrentes de normas regulamentares a serem estabelecidas pelo Poder Executivo, ouvido o Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência.

SOLICITAÇÕES DE INSERÇÃO COMO DEFICIÊNCIA

- **VISÃO MONOCULAR;**
- **PERDA DE AUDIÇÃO UNILATERAL;**
- **ALBINISMO;**
- **FISSURA LABIOPALATINA;**
- **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA;**
- **ANEMIA FALCIFORME;**
- **ARTRITE REUMATÓIDE;**
- **USO DE MARCAPASSO CARDÍACO;**
- **OBESIDADE MÓRBIDA, etc.**

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE - CIF / OMS, 2001

- Parte I – Funcionalidade e Deficiência
- Estrutura e função do organismo
- Atividade (execução de tarefas) e Participação (envolvimento nas situações da vida)

- Parte II – Fatores Contextuais
- Do ambiente (físico, social, das atitudes)
- Da pessoa (recursos pessoais)

DESAFIOS

- **RATIFICAÇÃO DA CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**
  ONU - 2006;

- **PL 7.699 / 06 “ESTATUTO DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA” SUBSTITUTIVO DO SENADO ENVIADO PARA A CÂMARA DOS DEPUTADOS,**
  COMISSÃO PROVISÓRIA DO CONADE;

- **SUPERAR O DILEMA PARADIGMA MÉDICO X SOCIAL**

- **NOVO MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DAS INCAPACIDADES COM BASE EM FUNCIONALIDADE,**
  FATORES SOCIAIS E AMBIENTAIS E MEDIDO POR
  PARÂMETROS OBJETIVOS E QUANTITATIVOS

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS

COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA - CORDE

Esplanada dos Ministérios, Bloco "T", Anexo II - sala 210

CEP: 70.064-900 - Brasília - DF

Fone: (0XX61) 429-3684/83

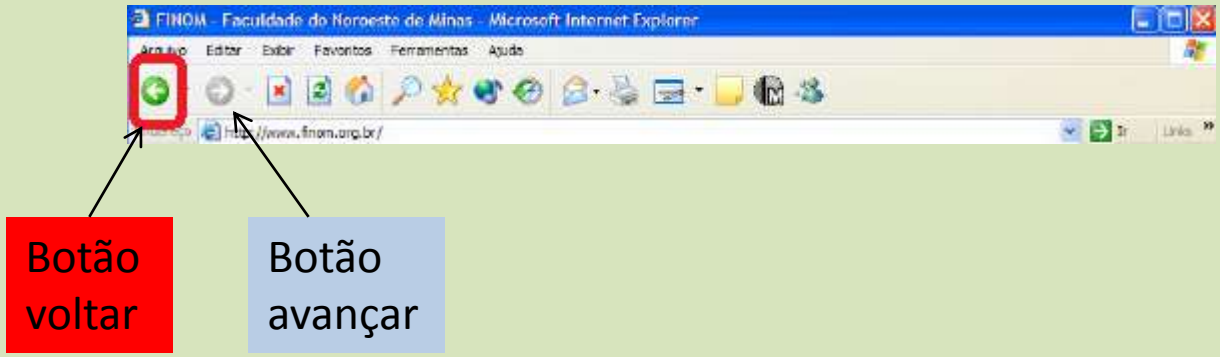
FAX: (0XX61) 2253307

TDD: 429-3690

E-mail: corde@sedh.gov.br

www.presidencia.gov.br/sedh/corde

Para acessar os módulos do hipertexto

Retornar para o Índice Geral

ou, usar o *botão voltar* na barra de navegação.