

MARINHA DO BRASIL  
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS  
ESCOLA DE SAÚDE

ELEMENTOS NORTEADORES PARA O ESTUDO DA PSIQUIATRIA ATRAVÉS DE  
UM SISTEMA PSÍQUICO BASEADO NO FLUXO DA INFORMAÇÃO

FELIPE XIMENES MURICY DA ROCHA

RIO DE JANEIRO – RJ

2021

MARINHA DO BRASIL  
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS  
ESCOLA DE SAÚDE

**Elementos norteadores para o estudo da Psiquiatria através de um Sistema Psíquico baseado no fluxo da informação**

*Felipe Ximenes Muricy da Rocha<sup>1</sup>*

**RESUMO**

**Introdução:** a Psiquiatria é um campo de estudo da Medicina, portanto não foge aos seus princípios propedêuticos e classificatórios, mas os complementa. Para sua prática é imprescindível o conhecimento do psiquismo (e de seu funcionamento), objetivando seu estudo, tornando possível a identificação de padrões de saúde e trazendo uma linguagem médica que sirva à comunicação profissional. Jaspers (1979) aponta esta necessidade e a existência de uma linha de continuidade quanto ao desenvolvimento de novas ordenações do método. Sadock, Sadock, Ruiz (2017) também a enfatizam, propondo tópicos psicopatológicos para a abordagem clínica. Kandel *et al.* (2014) apresentam neste funcionamento um constante processamento da informação e correspondência neuropsicológica. **Objetivo:** fomentar estudos de sobre um Sistema Psíquico baseado no fluxo de informações através das funções psíquicas. **Metodologia:** trata-se de um artigo original construído através do método qualitativo de Análise Conceitual. **Resultados:** foram encontradas 18 funções; um funcionamento patológico dividido por estrutura psíquica, nosologia e domínios acometidos; e outras codificações de utilidade clínica. **Discussão:** realiza-se um ensaio com fundamentos conceituais de análise para a concepção de um Sistema Psíquico baseado no fluxo da informação. Este percorre a sensopercepção, a linguagem, seu processamento, a produção de memórias, do sentido de Eu, seu coprocessamento e a geração de nova informação. **Conclusão:** intencionou-se mostrar a necessidade de um passo à frente no *continuum* de conhecimento do psiquismo, reunir conceitos para fundamentar um esboço de Sistema Psíquico através da concepção de fluxo da informação e trazer elementos norteadores para o estudo da Psiquiatria.

Palavras-chave: psicopatologia; estrutura psíquica; psiquiatria; psicologia; neurociência.

---

<sup>1</sup>Pós-Graduação em Psiquiatria em curso na Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha - UISM. Especialização em Neurociências e Comportamento em curso pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-Graduado em Acupuntura pela Faculdade Einstein (2019). Médico pela Universidade Federal da Paraíba (2015).

MARINHA DO BRASIL  
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS  
ESCOLA DE SAÚDE

**Elementos Norteadores para o Estudo da Psiquiatria através de um Sistema Psíquico  
baseado no fluxo da informação**

*Felipe Ximenes Muricy da Rocha<sup>2</sup>*

**ABSTRACT**

Introduction: Psychiatry is a field of study in Medicine, therefore it does not escape its propaedeutic and classificatory principles, but rather complements them. For its practice, knowledge of the psyche (and its functioning) is essential, aiming at its study, making it possible to identify health patterns and bringing a medical language that serves professional communication. Jaspers (1979) points out this need and the existence of a continuity line regarding the development of new orderings of the method. Sadock, Sadock, Ruiz (2017) also emphasize it, proposing psychopathological topics for the clinical approach. Kandel *et al.* (2014) present in this operation a constant processing of information and neuropsychological correspondence. Objective: to promote studies of a Psychic System based on the flow of information through psychic functions. Methodology: this is an original article built using the qualitative method of Conceptual Analysis. Results: 18 functions were found; a pathological functioning divided by psychic structure, nosology and affected domains; and other encodings of clinical utility. Discussion: an essay is carried out with the conceptual foundations of analysis for the conception of a Psychic System based on the flow of information. This covers the sense-perception, language, its processing, the production of memories, the sense of Self, its co-processing and the generation of new information. Conclusion: it was intended to show the need for a step forward in the *continuum* of knowledge in psyche, gather concepts to support an outline of the Psychic System through the conception of information flow and bring guiding elements for the study of Psychiatry.

Keywords: psychopathology; psychic structure; psychiatry; psychology; neuroscience.

---

<sup>2</sup>Post-Graduate Degree in Psychiatry in progress at the Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha - UIISM. Specialization in Neurosciences and Behavior underway at the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Post-Graduate Degree in Acupuncture at Faculdade Einstein (2019). Physician by the Universidade Federal da Paraíba (2015).

## INTRODUÇÃO

A Psiquiatria é um campo de estudo da Medicina, portanto não foge aos seus princípios propedêuticos e classificatórios. Contudo, teve uma arqueologia própria de desenvolvimento, gerando peculiaridades e interseções com outros campos do saber. Nestas confluências foram se formando vários de seus conceitos, suas compreensões e seu método. Sua concepção foi progressiva, tendo inicialmente quase rompido com o pensamento médico vigente (Jaspers, 1987). Seu saber ainda progride e muitos problemas carecem de solução.

Considerando que todo o conhecimento existente é sempre limitado e parcial, o estudo e a sistematização de uma ciência precisam estar dispostos a lidar com lacunas e distorções, assim como estarem abertos a novas concepções, a fim de produzir avanços que se revertam em melhores respostas aos problemas e anseios.

Na Medicina e na Psiquiatria, compreender melhor os acometimentos, desenvolver terapêuticas mais adequadas, dar resolução ao sofrimento e promover o bem-estar. Contudo, também lidar com erros, parcialidades, incompreensões e divergências com base científica para buscar novas perspectivas e soluções. Foi nesta procura que se fez necessário o diálogo com outras ciências, tecnologias e entendimentos. Para a Psiquiatria, a investigação de conceitos e procedimentos nesta interação foi crucial.

Em sua trajetória, passou por categorizações que vão desde a descrição de padrões de temperamento, personalidade e de alterações mentais segundo elementos da natureza até a construção de premissas filosóficas que explicariam os adoecimentos. Nesse estágio de desenvolvimento, a discrepância com o restante do conhecimento médico era evidente. Apenas no último século se chegou a grupos sindrômicos e propostas nosológicas, finalmente harmonizando seu estudo com os demais campos da Medicina.

Assim, conforme qualquer aprendizado médico, a Psiquiatria requer um trabalho de observação de fenômenos e de entrevistas sistemáticas, com anamnese e exames próprios, gerando diagnósticos, estatísticas e terapêuticas específicas. Na propedêutica específica, além dos habituais exames físicos e complementares, o médico em si é colocado como um aparato tecnológico responsável por observar a estrutura mental, seu funcionamento e as alterações de cada função. O conjunto de disfunções gera um padrão passível de ser nomeado e, então, dar-se um parecer. Este, associado aos signos colhidos na anamnese e demais exames, possibilita formular hipóteses diagnósticas e se pensar em entidades nosológicas. Assim é o exame psíquico, próprio da Psiquiatria. Quando realizado com base em elementos da psiquê pesquisados pela Fenomenologia e pela Psicopatologia, campos de estudo afins, pode-se nomeá-lo de exame psicopatológico. Há outras propostas de exame psicopatológico. Por exemplo, o psicanalítico e o cognitivo-comportamental. Porém, quando citado este exame em Psiquiatria, presume-se ser de natureza fenomenológica. Esta teve sua maior abordagem e sistematização estruturante na obra *Psicopatologia Geral*, de Karl Jaspers (1979, 1987).

Segundo Schneider (1968), faz-se imprescindível uma estrutura de análise que seja capaz de objetivar o estudo do psiquismo, tornando possível uma identificação de padrões que expressem o estado do indivíduo e tenham semântica para discussões clínicas e generalizações, para comparação entre observadores distintos e para análise da evolução entre condições mentais.

Karl Jaspers (1979) também apontou para a necessidade desta estrutura, assim como chamou atenção para o cuidado em não se cair em propostas simplesmente didáticas, práticas e mnemônicas nas quais se perca a percepção da essência. Porém, atenta para não se petrificar em classificações que impeçam a compreensão de novas características, funções ou morbidades dos sujeitos. Expõe também uma linha de continuidade quanto ao desenvolvimento de novas ordenações do método e apresenta sua obra como uma proposta de ponto de partida ao desenvolvimento de novas tentativas.

Sadock, Sadock, Ruiz (2017) enfatizam a importância desta ordenação do método. Estes, assim como outros autores, propõem tópicos para análise das funções psíquicas, suas respectivas alterações e, com base nestas, a caracterização dos transtornos mentais atualmente concebidos. Assim como se analisa o funcionamento dos órgãos nos sistemas orgânicos, faz-se da análise das funções psíquicas o recurso essencial para a clínica psiquiátrica.

Já os estudos neurocientíficos, como expressos em Kandel *et al.* (2014), percebem que no funcionamento psíquico através de circuitos neurais há um constante processamento da informação. Falam até mesmo da produção de um *sentido de ser* também denominado de Eu, como resultado deste processamento.

Assim, a necessidade de concepção de um método de análise de uma estrutura psíquica, das funções mentais e de uma clínica psiquiátrica associado a este processamento da informação está latente. Não apenas estabelecer relações entre sintomas e potenciais de ação neuronal, mas observar que há um sistema de funcionamento próprio.

Comparando-se com um computador que tem *hardware* e *software*, o que se tem feito até o momento é tentar identificar variações e mudanças significativas no *hardware* que impliquem em modificações no *software*. Contudo, este *software* pode ter funcionamento próprio. Computadores idênticos podem estar intactos, como retirados de fábrica, e produzirem *softwares* muito diferentes a partir das variantes de sistemas operacionais, dos programas instalados e do uso da máquina, gerando conflitos, fragmentações, sobrecargas, trabalhos repetitivos, perdas na memória etc.

Muitos viram o *Windows* antigo, que gerava conflitos frequentes e às vezes simplesmente paralisava ou a máquina desligava. Com o aperfeiçoamento da programação estes problemas cessaram, mesmo em uma mesma máquina, como o mesmo *hardware*. Isto não significa que alterações no *hardware* não possam acarretar consequências ao *software*, mas que transtornos podem ocorrer no *software* mesmo sem qualquer alteração no *hardware*. E que alterações do *software* em si podem também acarretar modificações no *hardware*.

Ainda, os circuitos neurais têm existência real, então o processamento da informação tem existência igualmente real. Assim, estando a estrutura e as funções psíquicas neste processamento, elas terão existência real também. Não mais apenas pela perspectiva da prática clínica, mas por uma conceituação formal. Estas funções poderiam formar um sistema, e então a concepção de um Sistema Psíquico seria possível. Suas disfuncionalidades teriam relação, mas também autonomia quanto aos outros sistemas orgânicos.

Desta forma, este trabalho objetiva analisar a realidade deste Sistema Psíquico através da objetividade da informação, observando seu fluxo através das funções psíquicas, e uma estrutura psíquica que seja decorrente, buscando fundamentos e conceitos para tanto.

## MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho se trata de um artigo original construído através do método qualitativo de Análise Conceitual. Estabeleceu-se como eixo de análise as principais obras estruturantes do pensamento psicopatológico-fenomenológico moderno, Psicopatologia Clínica (Schneider, 1968) e Psicopatologia Geral (Jaspers, 1979), e os principais tratados de categorização e estudo das nosologias contemporâneas *baseados em evidências científicas*, as Classificações Internacionais de Doenças (CID) versões 10 (OMS, 1993) e 11 (WHO, 2019), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição – DSM-5 (APA, 2014), adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela *American Psychiatric Association* (APA) como referências de descrição e diagnóstico em Psiquiatria. Foram observados alguns conceitos fundamentais de seu conteúdo e retornados os resultados que não incorriam em divergência nominal ou lógica entre si, servindo como representações complementares.

Para estruturação do conteúdo se utilizou também algumas concepções já presentes em manuais entre os mais utilizados no estudo da Psiquiatria no Brasil, sendo escolhidos: Psicopatologia Evolutiva (Assumpção Jr., 2007), Compêndio de Psicanálise (Person, Cooper, Gabbard, 2007), Princípios de Neurociências (Kandel *et al.* 2014), Evolução do cérebro: psicologia e psicopatologia sob a perspectiva evolucionista (Dalgalarondo, 2014), Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica (Gabbard, 2016), Compendio de Psiquiatria (Sadock, Sadock, Ruiz, 2017), Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas (Stahl, 2017), Exame das funções mentais: um guia (Nogueira, 2017), Manual de Psicopatologia (Cheniaux, 2018) e Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais (Dalgalarondo, 2019), assim como uma obra dirigida ao aprendizado de bases filosóficas, *Filosofando: introdução à Filosofia* (Martins, Aranha, 1993), e outras relacionadas à ciência da informação, *Introdução à Teoria da Computação* (Sipser, 2005), *Manual de Teoria da Comunicação* (Serra, 2007) e *Introdução à computação: hardware, software e dados* (Carvalho, 2017).

Não se pretendeu abordar os conceitos em sua totalidade nem esgotar sua discussão, porém apontar as bases e os principais tópicos no estudo da Clínica Psiquiátrica, como forma de apresentar um panorama geral dessa *ars médica*, como um norteador a seu estudo, um mnemônico para quem desejar recordar alguns conceitos-chave e um fomento ao aprofundamento sistemático deste estudo. As obras citadas como material para este trabalho são recomendadas à sedimentação deste panorama e para o aprofundamento da aprendizagem.

## RESULTADOS

Foram encontrados conceitos que possibilitaram a elaboração de um esboço de Sistema Psíquico baseado no fluxo da informação através das funções psíquicas, propondo-se também a ser mais fluente, lógica e mnemônica sua compreensão e discernimento. Encontrada também uma estrutura de visualização dos transtornos psiquiátricos, a partir das classificações da CID e do DSM, harmonizada com conceitos psicopatológicos (subjacentes a estes manuais ou encontrados diretamente nas obras de referência) e coerente com o Sistema Psíquico esboçado

e com uma Estrutura Mental decorrente desta concepção. Por fim, para as situações em que não se encontra um diagnóstico de transtorno mental é apresentada uma tabela de codificação útil para diagnósticos não propriamente psiquiátricos, mas frequentes na prática clínica.

### 1) O funcionamento fisiológico (Sistema Psíquico ou de Funções Psíquicas)

Observando-se as funções psíquicas, como as engrenagens do funcionamento mental, semelhante aos órgãos como engrenagens dos sistemas orgânicos, entendendo função como uma sequência encadeada de operações capazes de relacionar grupos ordenados de informações (como uma função de segundo grau capaz de relacionar números de eixos perpendiculares através de uma parábola, ou como uma função da segunda lei de Newton capaz de relacionar uma massa com sua aceleração através de uma força) e analisando as funções psíquicas caracterizadas nos trabalhos de Schneider (1968) e Jaspers (1979) por meio de uma visão neurocientífica (o cérebro como um processador de informações; tudo que chega ao cérebro é informação e tudo que é gerado também) do fluxo de informações através destas funções. Desenvolve-se o que é descrito no gráfico abaixo, a ser dissertado na discussão, interessando-se neste tópico apenas a ocorrência fisiológica.

1º Grupo: do fluxo vetorial das informações (Comunicação) – cada função formada por vetores (estímulos físicos que carregam informações), ocorrendo “de fora (do organismo) para dentro”, ou vetores de entrada, e “de dentro para fora”, ou vetores de saída	2º Grupo: do processamento das informações pelo Eu (Self, na psicanálise, quem processa em si a informação) – a informação se fixa, estrutura, movimenta, entende e imagina (racional ou afetiva)	3º Grupo: do co-processamento das informações pela Autodireção (“Inteligência Múltipla” humana, em oposição à Inteligência Artificial) – “quem sou eu, como funciona, onde estou, o que desejo, como me dirijo e como construo”
Sensopercepção (sensação, percepção e apreensão)	Memória (de evocação ou fixação): de curtíssimo prazo (cache), curto prazo (potencial) e longo prazo (HD)	Consciência do Eu (existência, identidade (ou orientação autopsíquica), unidade, atividade e limite)
Consciência (captação, conservação, sintonização, filtro e redução de ruído)	Linguagem (símbolos, com coerência, coesão e encadeamento)	Consciência do Autofuncionamento
Atenção (regulação do estado de consciência – tenacidade e mobilidade)	Pensamento (com curso, forma e conteúdo)	Orientação (alopsíquica, em tempo e espaço)
Psicomotricidade-Fala (as ações e seus estados)	Intelecto (associação, lógica e abstração)	Volição (vontades e desejos, com objeto, intensidade e conação)
Atitude (vetor-resultante das ações no momento)	Imaginação (intencionar representações na consciência)	Pragmatismo (avalia o autodirecionamento, encara a realidade, julga criticamente e decide)
Apresentação (resultado das ações no passado e de reações fisiológicas)	Afetividade (afetos, ou seja, sentimentos e emoções, e humor)	Prospecção (reflete sobre os símbolos, constrói planos e adapta a execução para resolver problemas)

## 2) O funcionamento patológico (Grupos de Transtornos)

Realizou-se uma busca direta da definição de termos nas obras: Psicopatologia Clínica (Schneider, 1968), Psicopatologia Geral (Jaspers, 1979), CID-10 (1993), DSM-5 (2014) e CID-11 (2019), servindo-se de base as mais recentes, cujas forças-tarefas autoras harmonizaram seus termos e classificações, segundo a Seção I do DSM-5. Na divergência de conceitos, caso conflitantes os mesmos foram excluídos, caso harmônicos foram citados (com a referência mais completa; se indiferente, com a mais atualizada). Caso as referências fossem complementares, foram citadas as que se complementaram. A Natureza dos Transtornos foi inferida a partir da referência mais recente e harmonizada, o CID-11, que estabeleceu a ordem de descrição dos transtornos, entre sistemas e dentro destes, a partir da similaridade e da complementaridade entre as nosologias. Os transtornos psiquiátricos são apresentados no Capítulo 06. O primeiro grupo aqui citado é reservado à Categoria A, o segundo à Categoria B e o terceiro às demais categorias (C, D e E), ao Capítulo 07 (Sono-Vigília – entre os Capítulos 06 e 08, este das nosologias Neurológicas) e às Categorias HA e GC (relacionadas a Sexo e Gênero).

NATUREZA DOS TRANSTORNOS	ESTRUTURA PSÍQUICA (Schneider e Jaspers)	BASE NOSOLÓGICA (Jaspers e DSM-5)	DOMÍNIO (DSM-5)	
Podem evoluir para uma Estrutura Psicótica (CID-11)	Neurótica, Psicótica ou Histórica (Schneider e Jaspers)	Neuropsiquiátrica – Orgânica (DSM-5)	Neurodesenvolvimento (CID-11)	
			Neurocognitivo (CID-11)	
			Outra condição orgânica (DSM-5)	
	Psicótica (Schneider e Jaspers)	Psicótica (CID-11)	Sensopercepção (Schneider, Jaspers e DSM-5)	Psicótico Breve (CID-11)
				Esquizofreniforme (DSM-5)
				Esquizofrenia (CID-11)
				Esquizotípico (CID-11)
				Delirante Persistente (CID-11)
	Psicótico Induzido (CID-11)			
	Neurótica ou Psicótica (Schneider e Jaspers)	Psicótica e de Humor (CID-11)	Sensopercepção e Outra Condição Orgânica, com ou sem Humor (DSM-5)	Outros psicóticos não-orgânicos especificados ou não especificados (DSM-5)
Sensopercepção e Afetividade (Jaspers, DSM-5)				Esquizoafetivo (CID-11)
Neurótica (Schneider e Jaspers)	Humor (CID-11)	Espectro Bipolar (DSM-5)		
		Espectro Unipolar (DSM-5)		
Neurótica (Schneider e Jaspers)	Ansiedade (DSM-5)	Antecipação (Cognição) e Medos (DSM-5 e CID-11)		
		Trauma e outros Estressores (CID-11)	Ansiedade, Humor por mecanismo unipolar, Conduta ou Estrutura Histórica (Jaspers, DSM-5 e CID-11)	
			Volição (Schneider e Jaspers)	Obsessões e Compulsões (CID-11)
			Uso de Substâncias (CID-11)	

Podem evoluir para uma Estrutura Histérica (CID-11)	Neurótica ou Histérica (Schneider e Jaspers)	Personalidade (CID-11)	Parafilias (CID-11)
			Grupo A (DSM-5)
			Grupo B (DSM-5)
			Grupo (DSM-5)
			Personalidade em Formação (Jaspers) ou Não-Proeminente – descrita por atitudes, impulsos, comportamentos, condutas ou traços (DSM-5 e CID-11)
	Histérica (Schneider e Jaspers)	Cisão do Eu (Jaspers)	Dissociativo (DSM-5 e CID-11)
			Somático (DSM-5 e CID-11)
Com sintomas centrais na Apresentação Fisiopatológica (DSM-5)	Neurótica, Psicótica ou Histérica (Schneider e Jaspers)	Sistêmica - em mais de um sistema orgânico (DSM-5)	Motor (Eferências Motoras) (DSM-5)
			Alucínose (Aferências Sensoriais) (CID-11)
			Alimentar (Gastrintestinal) (DSM-5)
			Eliminação (Excretor) (DSM-5)
			Sono-Vigilância (Circadiano) (DSM-5)
			Disfunções Sexuais (Genital) (DSM-5)
			Disforia de Gênero (Reprodutor) (DSM-5)
			Outra Condição Médica (Sistemas Orgânicos) (DSM-5)

### 3) Codificação por condições médicas

Na prática clínica muitas vezes precisa se optar pelo Diagnóstico Sindrômico ou, na falta de um sintoma ou uma síndrome estabelecida, descrever a condição médica pela Situação ou Fator que fizeram o indivíduo buscar atendimento, havendo um código para descrevê-la. Assim, em busca direta ao CID-10 foram incluídos os códigos identificados como úteis, grande parte dos quais citados também no DSM-5 como de interesse psiquiátrico. Foram incluídas também as codificações neurológicas, acometimentos que mais compartilham similaridade e complementaridade com a Psiquiatria, separados por grupos. Os códigos foram referenciados a expressões simples e indexáveis (ou seja, que remetam de forma automático ao domínio de sintomas a que se refere). Não foram trazidas as especificações, descrições ou discussões, pois o objetivo é pragmático. Estes podem ser consultados facilmente em uma ferramenta descritora ou codificadora, informatizada ou impressa. Foi trazida a referência da CID-10, ainda oficial aos serviços de saúde no Brasil. Todavia, a relação trazida pode servir a futuros estudos que tragam um produto semelhante em relação à CID-11.

CONDIÇÃO MÉDICA	CID-10
CARDIOLÓGICA	R00 (frequência cardíaca)
	R06 (dispneia)
	R07 (dor torácica)

<b>MOTORA</b>	R20 (parestesia)
	R25 (discinesia)
	R26 (marcha)
	R27 (coordenação)
	R29 (postura)
<b>GENITURINÁRIO</b>	R30 (urinários)
<b>PSIQUIÁTRICA</b>	R40 (consciência)
	R41 (cognição)
	R42 (tontura)
	R43 (olfação)
	R44 (sensopercepção)
	R45 (afetividade)
	R46 (apresentação/atitude)
	R47 (fala)
	R48 (linguagem)
R49 (voz)	
<b>NEUROLÓGICA</b>	R50 (febre)
	R51 (cefaléia)
	R52 (dor crônica)
	R53 (mal estar)
	R54 (senilidade)
	R55 (síncope)
	R56 (convulsões)
	R62 (retardo)
	R63 (peso)
R68 (inespecíficos)	
<b>EXAMES</b>	R70-R94.9 (exames)
	R74 (enzimas)
	R78 (toxicológico)
	R79 (eletrólitos)
	R82 (urina)
	R83 (liquor)
	R90 (intracraniano)
R94.0 (nervoso central)	
<b>MORTE</b>	R95-R99 (morte)
<b>OBJETIVO DO PACIENTE</b>	Z00.4 (exame geral)
	Z03.2 (observação)
	Z04.6 (perícia)
	Z09.3 (seguimento)
	Z13.3 (rastreo)
	Z54.3 (convalescença)
	Z64.3 (aceitação de intervenção psíquica)
	Z65 (circunstância psicossocial forense)
	Z76.5 (simulação)
	Z81 (história familiar psiquiátrica)
	Z86.4 (história pessoal de uso de substâncias)
	Z86.5 (outra história pessoal psiquiátrica)
Z91 (histórias psiquiátricas)	
<b>SOCIAL</b>	T74 (maus tratos/violência)
	Z56 (trabalho)
	Z58.7 (tabagismo)
	Z59 (sociais)
	Z60 (meio social)
	Z61 (traumas infantis)
	Z62 (emoções na infância)
	Z63 (cuidado na infância)
Z64 (suporte primário)	

	Z70 (aconselhamento sexual)
	Z71 (aconselhamento em abusos/geral)
	Z72 (estilo de vida/compulsões)
	Z73 (modo de vida)
	Z74 (necessidade de cuidado concreto)
	Z75 (necessidade de cuidado médico)
	Z76 (acompanhante)
	Z82.0 (história familiar neurológica)
	G00-09 (infecção)
	G10-13 (degenerativas-Huntington)
	G20-23 (degenerativas-Parkinson)
	G24-26 (extrapiramidais)
	G30-32 (degenerativas-Alzheimer/álcool)
	G40-41 (epilepsias)
	G43 (enxaquecas)
	G44 (cefaleias)
	G45-46 (AVEs)
	G47 (sono)
	G50-53 (nervos cranianos)
	G54-G64 (neuropatias periféricas)
	G70-73 (miopatias)
	G80-83 (plegias)
	G90 (diautonomias)
	G91-94 (encefalopatias)
	G95-97 (medulopatias)
	G98-99 (outros)

**NEUROLÓGICAS**

## DISCUSSÃO

Apresenta-se aqui um ensaio ao estudo de um modelo de integração entre Psiquiatria Descritiva e Psicodinâmica a partir da concepção de *Fluxo da Informação*.

Toda realidade física é composta de matéria e energia em sua superfície, as quais podem ser percebidas pelos órgãos dos sentidos ou por técnicas instrumentais, e em seu conteúdo há informação (capacidade de organizar um sistema): um desdobramento dos estudos dos matemáticos Claude Shannon e Norbert Wiener e dos biólogos Ronald Fisher (Sipser, 2015) e Tom Stonier (Capurro, Hjørland, 2007). Assim, o fluxo de matéria e energia no universo é também fluxo da informação. Os eventos físicos geram estímulos percebidos pelos órgãos dos sentidos e as ações do indivíduo geram eventos físicos, tudo carregando informação. Então, os eventos físicos em relação a um ser vivo são também um fluxo da informação. Um dos fluxos como vetor de entrada e outro como vetor de saída. Dentro do organismo a informação da realidade pode ser *armazenada e processada* quando interage com a estrutura de um organismo, sendo então modificada e devolvida à realidade, de forma dialética: os sistemas orgânicos modificam a informação (processam esta), e a informação modifica os sistemas orgânicos (armazenam nova informação) durante as interações físico-químicas de ação e reação. Desta forma, o organismo, dividido em sistemas orgânicos, pode ser analisado de acordo com as formas próprias de processar (instruções) e armazenar a informação de cada sistema. Assim, e de acordo com o matemático e pai da computação moderna Alan Turing (Serra, 2007), investido de armazenamento (memória), instruções (estado) e processamento (transições), o organismo

como um todo pode ser visto como um computador, de processamento, direcionamento (normas de) e armazenamento da informação, assim como cada sistema em si, um sistema computacional. O ser humano pode ser abordado através desta concepção. Com sistemas Neurossensorial (enquanto vetor de entrada), Neurofisiológico e Neuromotor (enquanto vetores de saída) complexos e um Sistema Neurológico, específico para carrear e processar esse fluxo (entre os sistemas ou com o exterior), integrado a outros sistemas de fluxo direcionado da informação (comunicação), o computador humano tem circuitos neurais (Kandel, 2014), cuja superfície (matéria e energia circulante) pode ser vista como o *hardware* e o conteúdo (informação) como o *software*. Este não tem *lugar definido* (no espaço tridimensional), sendo resultado das *operações lógicas* (interações da informação, externa ou interna) correspondentes ao processamento e armazenamento. O lugar das operações lógicas é *virtual*, e assim o lugar do *software*.

Parte do que a Ciência, a Medicina e sobretudo a Psiquiatria tem feito ao longo dos anos é estudar o *domínio* (a Comunicação) e o *objeto* (os fenômenos psíquicos conscientes) da Psicopatologia Descritiva ou Fenomenológica (Jaspers, 1979), ou seja, o fluxo da informação através do que emerge da *psiquê* (alma, mente, conteúdo) do indivíduo, e este tem conhecimento e pode acessar na psiquê de forma direta/intencional (consciência). Por conseguinte, a Psiquiatria tem estudado o fluxo das informações na mente, e esta tem um lugar virtual (no *software*). Assim, nesta concepção não faz sentido procurar o local (físico) do funcionamento psíquico, pois este tem existência no ambiente virtual e, assim, podem ser o resultado de várias possibilidades diferentes de interações no *hardware*. Todavia, este último é composto por circuitos neurais, sendo possível buscar uma compreensão sobre as interações e o que representam nas operações lógicas. Estes circuitos possuem uma estrutura física, a cujo conteúdo (informação) corresponderá de forma complexa (por múltiplas relações) uma estrutura lógica.

Sobre esta estrutura lógica, existem conceituações tradicionais. As Ciências, através da Epistemologia (ramo de interseção com a Filosofia) definem que o relacionamento que se estabelece indivíduos e objetos do mundo real gerando naqueles uma relação com estes (registro, enquanto for presente), chama-se Conhecimento, e o resultado na Consciência do indivíduo desta relação, dão o nome de representação: ou seja, objetos, enquanto registrados geram representações na mente. As normas através das quais essas representações se relacionam denominam Linguagem. Enquanto isto, a Lógica trata das possíveis interações entre estas representações segundo a Linguagem. (Martins *et al.*, 1993) Assim, olhando-se para a estrutura do sistema computacional orgânico (armazenamento, normas e processamento) e se utilizando da conceituação formal, a estrutura lógica (*Estrutura Mental*) é formada por *representações, linguagem e lógica*. A psicodinâmica utiliza esta conceituação tradicional (Gabbard, 2007 e 2016). Esta é a estrutura formada pelo fluxo da informação.

O processamento, visto da perspectiva do fluxo em si (do movimento), ao invés da estrutura (estático), continua nesta concepção do Fluxo da Informação a ser chamado de processamento, termo utilizado pela Neurociências (Kandel, 2014) e pela Ciência Evolucionista (Dalgalarrodo, 2014). Estudar este movimento da informação e o seu produto (novas informações) envolve entender o trabalho que gera este produto, portanto o funcionamento (latim *functio*, trabalho). Para isto, pode ser feita uma análise cartesiana deste funcionamento da mente, dividindo-o em parte chamadas de Funções Psíquicas.

Através desta concepção é feita a Análise Conceitual das obras citadas, organizando os achados e os apresentando a partir de necessidade para se compreender o fluxo da informação.

Discute-se antes sobre a prática médica psiquiátrica em si, sobre seu método e propedêutica para tornar útil este conhecimento, passando por um modelo para visualização do fluxo da informação através das funções e da estrutura psíquica, o papel da psicopatologia e da psicodinâmica para construção do diagnóstico e do tratamento, e os desafios dessa prática médica.

## **1) Clínica Psiquiátrica**

A Clínica não é algo próprio da Psiquiatria nem da Medicina. Outras ciências da saúde têm sua clínica, no sentido de estudo de sinais e sintomas, diagnósticos e tratamentos, ou clínicas, no sentido de campos de estudo, separados por sistema orgânico (Neurologia, Ortopedia etc.) ou área de atuação (Preventiva, Cirurgia, Acupuntura etc.). A Filosofia também utiliza, a depender da situação, o método clínico. Em Literatura se utiliza a expressão análise clínica com o sentido de uma análise minuciosa, criteriosa. Clínica vem do grego *klinikê* ou do latim *clinice*, que significa Cuidado. Nesta abordagem faz sentido análise clínica como uma análise cuidadosa. Em geral, nas ciências se utiliza o termo Clínica para se referir a uma análise do funcionamento, observando cuidadosamente, seus elementos, como se relacionam e o que produzem baseado em hipóteses, direcionada (de forma pragmática) a tratar o funcionamento inadequado. Expressões são utilizadas como a clínica é soberana, isto significa que, na análise do funcionamento de uma determinada condição, sendo encontrados elementos (por exemplo febre alta, dor na garganta, placas em grumos e pus na orofaringe e hemograma com leucocitose a base de aumento relativo de neutrófilos), ver como se relacionam (neste exemplo, as placas e o hemograma ser mais comumente relacionados a crescimento bacteriano, e o aumento progressivo dos grumos a aumento da dor e piora da febre) e o produto de achados ser mais bem explicado por uma hipótese elaboradas através das relações encontradas (uma infecção bacteriana, produzindo dor, febre e outros elementos como disfagia, cefaleia, anorexia, astenia etc.), podendo serem os achados até mesmo previstos pela hipótese, então como a direção pragmática é resolver o problema do paciente, trata-se a infecção bacteriana. Não se está preocupada naquele momento com a certeza da hipótese, com uma cultura de swab de orofaringe em que estabeleça exatamente a bactéria que está em questão e sua cepa (o que pode ser feito antes de se iniciar um antibiótico para melhor acompanhar a evolução do caso). Iniciado o tratamento e estabelecido onexo causal entre a intervenção e a remissão do quadro, está solucionado o problema. Quando se fala que a clínica é soberana, quis-se dizer que encontrado um constructo lógico que mais bem explica o desenvolvimento de um caso e sua resolução, se as coisas estão todas se encaixando e os próximos acontecimentos são previsíveis pela hipótese, então está resolvida a questão, e a hipótese será sustentada a menos que sejam encontrados novos elementos e relações que não podem ser explicados por ela, fazendo-a ser refutada e a se buscar uma outra hipótese e solução. Assim, só a evolução de um caso pode confirmar ou refutar uma hipótese. Nesta evolução podem ocorrer novos exames ou uma discussão de caso, em que se avaliem melhor os elementos, as relações e se proponham novas

hipóteses que melhor expliquem os produtos. A essa hipótese, enquanto sustentada, atribui-se o nome de Diagnóstico.

Assim também funciona a Clínica Psiquiátrica. Contudo, um problema é posto nos alicerces desta: o da nosologia e sua relação com a tecnologia. Nosologia se refere a encontrar as causas de uma condição. Encontrando-se um ente causal, diz-se que o diagnóstico é Etiológico. No exemplo construído, a entidade seria a bactéria que causa a infecção. Na Medicina os diagnósticos são em geral etiológicos, baseados em entidades nosológicas. Ao diagnóstico etiológico se dá o nome de Doença. O encontro da entidade causal está em grande parte relacionado ao progresso da tecnologia. Muitos diagnósticos etiológicos não eram possíveis antes de se descobrir a existência das bactérias, que só foi possível pelo progresso do microscópio, uma tecnologia que foi sendo aperfeiçoada ao longo da história. Falar há 2 mil anos atrás que seria possível enxergar pequenos seres vivos em escalas de micrômetros seria alvo de críticas a iludidos e sonhadores. Hoje consiste em uma realidade elementar. De toda maneira, este é problema ainda hoje posto à Psiquiatria. A grande maioria das condições de saúde identificadas não são passíveis do encontro de etiologia. Em exemplo, o conjunto de elementos encontrados na Esquizofrenia, e como se relacionam entre si, são bem estabelecidos, porém ainda não consegue relacioná-los a um ente específico. Poderia ser a um grupo de genes que se expressam ou que são suprimidos, à falha de alguma estrutura cerebral, de algum circuito, ou a algum erro metabólico, ou ainda da arquitetura histológica cerebral. Entretanto, ainda não se sabe, e isso acontece com a maioria dos diagnósticos em Psiquiatria. Existe uma hereditariedade, uma epidemiologia, evidências de alterações em estruturas cerebrais e de estímulos verificados em exames morfofuncionais e um desenvolvimento bem descrito, mas sem saber o que exatamente os causa. Há quem advogue que pela complexidade do funcionamento cerebral e do organismo como um todo nunca será possível encontrar etiologias, mesmo com o avanço tecnológico. Isso apenas saberemos com a evolução da ciência. Em todo caso, os diagnósticos em Psiquiatria ficam baseados em alterações bem determinadas do funcionamento mental, descritas por funções bem definidas na psicopatologia fenomenológica, porém causadas por entes não reconhecidos. Ao diagnóstico nosológico dessas disfunções bem estabelecidas sem ente causal se denominou Desordem ou Transtorno Mental. Assim, os manuais diagnósticos atribuem nomenclaturas e códigos para Transtornos Mentais e do Comportamento, que serão tratados mais adiante.

Deste modo, fica também claro que os diagnósticos não são meros caprichos nem formas de rotular ou estigmatizar pessoas. São fruto de uma sequência de trabalhos clínicos, pesquisas e sistematizações científicas para melhor se compreender alterações do funcionamento do indivíduo. Quando se atribui um diagnóstico, deseja-se presumir disfunções específicas, com nosologia definida, comum a diversos seres, inclusive sobre as variantes possíveis a cada ser. Serve assim como comunicação profissional, que exprime elementos que podem estar presentes em um funcionamento, como se relacionam e o que podem produzir na vigência da hipótese nosológica. Serve também para, entendendo este funcionamento, saber como melhor tratá-lo em busca da preservação do indivíduo, do alívio de seu sofrimento e de seu bem-estar.

Na vigência de novos elementos e relações que façam se pensar em uma nova hipótese, muda-se o diagnóstico, e o médico não deve sofrer de conflitos por esta mudança. Tendo por objeto a comunicação profissional e a melhor compreensão possível do paciente, mas sabendo da complexidade do funcionamento mental e que a evolução natural deste produz novos achados e consequências, dois fenômenos são comuns aos diagnósticos em Psiquiatria:

adicionar mais de um diagnóstico, caso estejam bem estabelecidos e isso exprima melhor a clínica; e mudar o diagnóstico em vigência, a partir da nova condição. Diz-se que o diagnóstico em Psiquiatria é evolutivo.

Assim, o quadro clínico seria a fotografia de um momento determinado, com seus diagnósticos, tratamentos e considerações pertinentes, enquanto a história clínica seria filme clínico, composto pelo conjunto de quadros clínicos do paciente ao longo da vida e que permitem trata-lo melhor, identificando se a evolução é coerente com as hipóteses formuladas, se as propostas para o caso tem sido eficazes e podendo-se prever os desdobramentos futuros, a partir de eventos já ocorridos e do conhecimento científico atual. Desta forma, história clínica tem importância especial na Psiquiatria e geralmente só se consegue chegar ao diagnóstico mais adequado a conhecendo bem. Deve-se sempre dar destaque a mesma.

Neste trabalho clínico e comunicação profissional o médico dispõe de uma anamnese específica, com tecnologias leve-duras como diretrizes, consensos e instrumentos de avaliação (estes semelhantes a interrogatórios sistemáticos), e ao exame do paciente dispõe de instrumentos específicos, assim como a um exame físico há tecnologias duras como um estetoscópio e leves como comandos e técnicas manuais, ao exame psíquico dispõe de tecnologias duras como escalas de gravidade e miniexames estruturados, e leves como o exame psicopatológico mencionado na introdução. Estas questões remetem a uma seção destinada à análise da Semiologia Psíquica.

## **2) Semiologia Psíquica**

Vem do radical Psiquê que ocorre nas palavras Psíquico, Psiquiatria e Psicologia, o significado da mesma palavra grega que pertence à deusa que personificava a Alma, utilizada com o mesmo sentido de mente. Em uma comparação, considerando que nosso organismo fosse um computador que recebe e processa informações externas e internas, o corpo seria o *hardware*, os sistemas neurológico, hormonal e imunológico seriam os circuitos eletrônicos, as especialidades médicas afins seriam os engenheiros elétricos e habilitações afins, os demais sistemas seriam os periféricos; e a mente seria o *software*, então a Psiquiatria e os psicoterapeutas seriam os cientistas da computação, da informação e da programação. Esta analogia, antes de simplista, serve para dar compreensão à mente como algo que está para além de circuitos neuronais e ao funcionamento físico. Dois computadores idênticos podem ter desempenhos muito diferentes a depender do sistema operacional que seja instalado, e não há sistema operacional melhor, mas aqueles mais aperfeiçoados e melhores para uma máquina específica. Estes computadores podem variar muito seu funcionamento ao longo da vida útil caso sejam instalados e desinstalados programas específicos, e sejam feitas manutenções e atualizações. Aprender a lidar com a própria máquina, evitar sobrecargas e certas tarefas que no momento causam conflito no sistema, não se expor a redes inseguras e a vírus, estar sempre disposto a corrigir falhas já identificadas por especialistas, desfragmentar o HD, fazer um upgrade nos periféricos etc. Tudo isso contribui para um melhor funcionamento do computador e a desempenhos muito distintos, mesmo sendo máquinas iguais, como em gêmeos univitelinos. Isso envolve coisas sutis como linguagem de programação, a integração entre os vários

componentes, seu lugar e função na rede de computadores. Uma mudança no *hardware* muda o funcionamento do *software*, mas o contrário também pode ocorrer, e vale citar como exemplo também comparativo as operações de *overclock* em que através de comandos de *software* se pode alterar a velocidade de processamento de um *hardware*, porém com risco a sua integridade. Sobre o funcionamento de nossa *placa-mãe* (sistema nervoso) e mais especificamente de nosso processador com memória integrada (cérebro), as alterações de *software* geralmente implicam em alterações de *hardware* a longo prazo, e vice-versa. Por isso intervenções no *hardware* através de psicofarmacologia ou neuroestimulação se mostra útil à Psiquiatria, e intervenções no *software* através de psicoterapia e mudança do estilo de vida também são, conseguindo mudar o padrão de funcionamento do conjunto *hardware-software*, fato este confirmado em comparações entre exames psíquico e complementares morfofuncionais (ressonância magnética funcional, entre outros).

A semiologia psíquica estuda o funcionamento desse computador (organismo) no que concerne ao fluxo de informações na mente (linguagem verbal e não-verbal), buscando identificar os signos (sinais e sintomas) que indicam este funcionamento entre o fisiológico e o patológico (no *software* e no *hardware*), como um técnico de informática que identifica que o problema de um computador está no *cooler* pelo barulho emitido por este. Ele sabe qual é o barulho normal e sabe o barulho emitido por um *cooler* disfuncional. Então, além de conhecer as partes integrantes do computador e a função de cada uma, precisa adquirir conhecimento do que é mais comum de se alterar e experiência de saber o normal e o alterado nas peças, identificando também o que é apenas uma diferença entre máquinas e o que é tolerável em uma mesma. O médico se insere neste aspecto semelhante a um técnico de *softwares* (mente), e seu exame é feito através dos periféricos (corpo).

### **3) As Funções Psíquicas**

Os periféricos mencionados são responsáveis pelos estímulos sensoriais que podem ser percebidos no exame psíquico como vetores físicos, notadamente movimentos e a fala, traduzidos em ondas mecânicas (audição), ondas eletromagnéticas (visão) ou interação eletrostática (tato), ou ainda estímulos físico-químicos, odores e sabores (olfação e paladar) e interação gravitacional (equilíbrio, relatado pela fala, visto ou tasteado). Associando às funções psíquicas, o que é transmitido por um indivíduo através da Psicomotricidade e Fala (ao conteúdo expresso na fala, na escrita ou em linguagens de sinais, chama-se Discurso), da Atitude (vetor-resultante do que é gerado e/ou transmitido) e da Apresentação (vetores-resultantes ocorridos no passado, percebidos no momento). Este é o movimento da informação humana de dentro para fora (parte do indivíduo para o exterior). Enquanto isso, tudo que ocorre no exterior acarreta estímulos, que apenas podem ser percebidos pelos órgãos sensoriais mencionados. As sensações (imagem real, em analogia à física ótica) são transportadas até o encéfalo e neste geram potenciais e modificações específicas nos neurônios, percebidas por outras regiões do cérebro (*hardware*), chamadas de representações (imagem virtual) na mente (*software*). O conjunto de percepções de algo ocorrido em um momento (estímulo-tempo) é apreendido por outras regiões do cérebro (de forma consciente ou inconsciente), gerando um

sentido, uma conclusão. A este sistema de sensação-percepção-apreensão dá-se o nome de Sensopercepção. Ao movimento de vetores de entrada, chama-se Internalização, e ao de saída, Externalização. Ao seu conjunto (entrada e saída), produzindo efeitos no indivíduo e no mundo, chama-se Comunicação.

Até chegar ao encéfalo, precisa ocorrer também uma postura ativa do indivíduo, pois estes estímulos precisam ser captados do exterior e conservados através das fibras nervosas. Chegando ao encéfalo há uma miscelânea de diversos estímulos, provenientes de diferentes objetos, e cada um em sua unidade precisa ser sintonizado, gerando percepções específicas e remontando a realidade perceptível no ambiente virtual. À medida que os objetos vão sendo reconstituídos na mente, novos estímulos deles no mundo real vão sendo agregados, como a observação contínua de uma geladeira que vai ficando cada vez mais completa e detalhada na mente a medida que se olha, ou a agregação de ações a coisas estáticas, como um animal se movendo ou um rádio tocando. Assim, para cada unidade ser apreendida e o conjunto de representações fazer sentido, as novas informações precisam ser filtradas e direcionadas a cada objeto sintonizado. O que não for sintonizado vira “lixo-eletrônico”, que precisa ser eliminado ou reduzido, a preço de informação sobressalente vira uma espécie de ruído, ao ser percebida por outras regiões do cérebro mais “primitivas” (talvez a regiões límbicas, gerando emoções e sentimentos) que percebam informações grosseiras e tentem dar-lhes sentido, gerando assim estresse pela multiplicidade de estímulos e o esforço contínuo de percepção. Havendo uma redução de ruído, com parte do lixo descartado e parte talvez associado de alguma forma a outras representações, restam representações complexas. As que puderem ser percebidas e apreendidas por outras regiões do cérebro e acessadas a qualquer momento (com maior ou menor esforço), enquanto durarem as representações, formam o que se chama Consciência. As que não puderem ser acessadas, exceto de forma indireta, por estímulos que gerem em outras regiões do cérebro, descobertos por observação clínica, formam o que se chama de Inconsciente. O que está no inconsciente pode em algum momento emergir para a Consciência, por algum novo acontecimento cerebral, como um tratamento, e vice-versa.

A regulação do tónus desse processo da captação, conservação, sintonização, filtro, redução de ruído e acesso às representações na Consciência é chamado de Atenção. Quando aumentado ou diminuído se fala da vigilância ou estado de consciência. Quando concentrado e duradouro em determinadas representações, fala-se em tenacidade ou concentração. Quando lábil e inconstante, fala-se em mobilidade da atenção, havendo uma gradação de intensidade para essa regulação do tónus.

As representações podem ser descartadas imediatamente pela redução de ruído ou o estímulo virtual é mantido (memória *cache* ou *memória instantânea*, cujo tempo de manifestação *tende a zero* – aproximado ao conceito de Limites da Física) e passa a ser processado pelo cérebro, gerando memória, que pode ser de trabalho (de potencial de membrana), a memória RAM do *hardware* cerebral, ou gerar memória celular (codificando proteínas), que alteram o interior das células e sua forma de gerar potenciais de ação quando um neurônio é acessado, ou mesmo a arborização sináptica, alterando as conexões neuronais e os circuitos, sendo este o HD do cérebro.

As novas representações percebidas vão se associando e agregando às já memorizadas, de maneira que o filtro da consciência vai ser moldando às formas já prestabelecidas, sendo o conjunto destas formas a Linguagem. Estas formas não são apenas coisas estáticas, mas também

movimentos e verbos. “Isso movimenta pra cá”, “isso pra lá”, “isso se associa com aquilo” e, quando uma possibilidade de resultado da associação já é predeterminada, o filtro reforça essas formas e o restante é reduzido. Isto gera como resultado modos de fazer e normas de associação. A cada representação primitiva (como ponto, reta e plano, ou como uma cor), chama-se signo. A estas representações associadas formando imagens virtuais de novos objetos (representações complexas), inclusive associados a representações afetivas e de valores do indivíduo, chama-se símbolo. A linguagem do ser humano é simbólica (com significantes – a forma, que se associa por normas de sintaxe -, e significado – o conteúdo, que se associa por normas de semântica).

Ao movimento de *representações conscientes de imagens virtuais resultantes dos 6 sentidos* (ideias) através dos circuitos cerebrais dá-se o nome de Pensamento. Este tem um curso, que se refere basicamente a sua velocidade e frequência, uma forma, classificação que pode ser explicada em se pegando todas as representações e fazendo-as ser como blocos idênticos e observar a forma resultante ao longo do tempo (linear, arborizado, fragmentado etc.) e tem um conteúdo, quando se olha para as representações que surgem com maior frequência ou que mais despertam atenção, e estas podem ser coerentes ou não (delírios) com a realidade.

No processo de associações entre as representações a mente identifica dentro da estrutura simbólica, dentre os elementos (representações mais simples constituintes), como em “diagramas de Venn”, o que é igual, o que é diferente e, nisto, as interseções, as exclusões, o continente e o contingente, e assim tira conclusões sobre as relações entre representações, ou seja, faz deduções. Também, isola elementos em comum entre diferentes representações, gerando novas representações virtuais, processo este chamado de abstração. Por exemplo, ao ver diversas cadeiras diferentes ao longo de um tempo e identificar os elementos “se apoia no chão”, “tem encosto” e “serve para sentar”, tem-se um conceito abstrato de cadeira, podendo-se identificar vendo novos objetos o que é uma cadeira e o que não é uma cadeira, independente do material ou do design. Quando o processo de abstração em um determinado momento firma conclusões sobre eventos futuros, dá-se o nome de indução. A este processo lógico (do grego logos, que significa representação) de fazer associações e dissociações, identificar os elementos e abstrair tirando conclusões (inferências: deduções ou induções) se dá o nome de inteligir (do latim *intelligo*, compreender). À capacidade de inteligir dá-se o nome da função psíquica Intelecto. A Lógica é um campo de estudo da Filosofia que se encarrega de analisar os processos lógicos, se foram adequadamente realizados, e desenvolve técnicas para avaliar se houve algum erro com prejuízo à inferência. Aos processos lógicos que possam ocorrer no inconsciente e cujas reverberações dos ruídos possam ser percebidas na consciência através de representações primitivas como gerando ideias simples, sentimentos e emoções, dá-se o nome de intuição.

Ao processo de gerar espontaneamente ideias (sem estímulo real percebido pelos 6 sentidos), podendo a partir disso inteligi-las, dá-se o nome de Imaginação (gerar imagens). Ao processamento de ideias que envolve Memória, Linguagem, Pensamento, Intelecto e Imaginação, dá-se o nome de Razão. Ao conjunto que envolve Consciência, Atenção e Razão, dá-se o nome de Cognição.

Algumas representações não tem característica de ideias, mas sim geradas por noções (percepções pouco definidas) ou impressões (noções momentâneas) comuns a diversos indivíduos em regiões primitivas do encéfalo (sistema límbico, do grego *limbus*, que significa borda, por estar nas bordas neuroanatômicas entre o córtex e o cérebro reptiliano. O termo também serve aqui com outro sentido, de como se fosse possível enxergar apenas as bordas das

representações processadas correspondentes nos circuitos neurais desta região). São emoções e sentimentos, também chamados de afetos, termo que pode ser entendido por afetar de alguma forma a mente, desta forma pouco definida. Emoção (do francês *émotion*, que significa deslocamento, movimento) é a percepção de um movimento de representações na mente, seria o correspondente afetivo do pensamento. Sentimento é um afeto que se estabelece da relação do indivíduo com algo exterior (quem sente, sente algo por alguém ou alguma coisa), tratando-se de um afeto mais complexo, por exigir a noção de si em oposição ao exterior, e de diferentes elementos do exterior como unidades independentes que geram sentimentos diferentes. Assim, remete necessariamente a um conjunto de representações, sendo o correspondente afetivo do símbolo. Um indivíduo pode ter um temperamento, que se trata de uma predisposição pessoal a desenvolver determinadas emoções (temperamento irritável, ansioso, hipertímico, depressivo etc.) ao longo da vida. À intensidade do movimento de afetos na mente, que pode ser também caracterizada como energia afetiva (como na física, deslocamento de massa é trabalho, energia; o deslocamento de afetos seria trabalho afetivo), chama-se Humor. Assim, diz-se que o humor modula (regula, faz variar em uma faixa) os afetos, e os afetos modulam o humor. Se a energia afetiva desencadear uma alteração global da energia mental, tem-se os transtornos de humor. Se ficar restrita aos circuitos de ansiedade, porém também gerando alterações globais do funcionamento mental, tem-se os transtornos ansiosos ou neuroses. Vale ressaltar que o sistema límbico é constituído por regiões bastante primitivas do cérebro, portando estabelecendo múltiplas conexões com as regiões modernas que foram se sobrepondo, e são as mesmas regiões que produzem os fatores de liberação hormonal e citocinas a todo o organismo. Assim, assumem uma “posição de comando”, podendo interferir no funcionamento de diversas outras regiões do encéfalo e do organismo como um todo. Isto aponta também a possibilidade o desenvolvimento afetivo modular o funcionamento do organismo e vice-versa. À função mental relativa aos Afetos e ao Humor, denomina-se Afetividade. Dentro do funcionamento da Afetividade há uma Memória Afetiva, uma Linguagem Afetiva, uma Inteligência Afetiva e uma Projeção Afetiva (semelhante à Imaginação), que seguem um fluxo e associações próprias, semelhante à Razão. As representações afetivas e representações lógicas se associam na estrutura simbólica humana, sendo nossos símbolos ainda mais complexos. Nisso, afetos podem evocar pensamentos e vice-versa, assim como qualquer deles pode desencadear atitudes e estímulos externos podem desencadear ambos.

Não bastasse a complexidade já descrita, nosso processador cerebral de informações não se apresenta apenas constituído por um único *core* (núcleo), sendo mais como *multi-core*, havendo vários núcleos responsáveis por “processar o que está sendo processado” (co-processar), havendo uma regulação em tempo real, assim como retrógrada e anterógrada, das funções psíquicas vetoriais e de processamento. Isso permite ao indivíduo trazer à Consciência suas funções internas em oposição ao funcionamento exterior, com limites bem definidos (Limite do Eu), sentindo essa atividade interna e estabelecendo relação com suas ações (Atividade do Eu), tendo noção destas funções como parte de um todo único e integrado (Unidade do Eu) e identificando de forma dialética (como “um mesmo rio em que correm outras e novas águas”, sendo assim outro e o mesmo rio ao mesmo tempo) que estas funções e a estrutura de programação mental pertencem a um mesmo indivíduo ao longo do tempo apesar de estarem diferentes (Identidade do Eu). A estas perspectivas de levar o Eu (quem efetivamente processa as informações) à Consciência, denomina-se Consciência do Eu.

Há o coprocessamento que avalia o funcionamento habitual ou disfuncional da atividade mental através da identificação direta de signos não usuais e conflitantes com os demais nas

funções psíquicas, ou da observação de seu resultado na estrutura de programação mental (expressão de símbolos, ações, atitudes, comportamentos, condutas, personalidade e morbidades) em relação ao funcionamento de outros indivíduos e do mundo, a Consciência de Autofuncionamento (em caso de funcionamentos patológicos, Consciência de Morbidade).

Ainda, o coprocessamento de onde/se está e em que momento está em relação ao mundo, chamada de Orientação. Para tanto, é necessário um processamento simultâneo multidimensional, em que o indivíduo processa o seu universo interno e coprocessa a aposição deste no universo externo através das apreensões do espaço tridimensional (orientado) e do tempo.

Há também o coprocessamento da dialética (realidade complexa, formada por opostos e dinâmica) entre o prazer e a dor (afetos) apreendidos durante o fluxo de informações através das funções mentais através da experiência vivida, que inferem símbolos relacionados a objetos de volição (que despertam ou não vontade, um afeto) ligados ao prazer (interesses, desejos, apegos), ou à dor (desinteresses, repúdios, desapegos) e aferem a intensidade destes. Note-se que os objetos de volição são símbolos relacionados a ideias e afetos, e não apenas “sentimentos”. Quando o objeto de volição está ausente se fala em indiferença (fisiológica) e apatia (patológica). Há um esforço deste coprocessamento em levar à Consciência sua associação a motivos e finalidades (Conação) e de regular as demais funções psíquicas a fim de se realizarem os prazeres e evitarem as dores, em um processo dialético constante, consciente ou inconsciente, e às vezes conflitante. Nos conflitos, frente a uma situação, quando o vetor-resultante das atividades mentais desencadeadas pelos objetos de prazer em um determinado momento se sobrepõe ao vetor-resultante da dor, o indivíduo sente vontade, e quando o contrário não sente, variando esta vontade também em intensidade a depender da resultante. Ao conjunto de memórias ligadas aos objetos de prazer, podemos aproximar o conceito na Psicanálise de Id (pulsões de vida), aos objetos de dor como Tanatos (pulsões de morte, que seriam melhor descritas como pulsões de dor, pois esta também é necessária à vida – talvez ambas estejam no Id, prazer e dor, e por isso a Psicanálise Clássica não tenha confirmado a existência de Tanatos), ao ímpeto gerado pelo vetor-resultante interno da Vontade o conceito de Pulsão e às pulsões com objetos de volição baseados em representações instintivas (herdadas na ontogênese e filogênese do Ser e associadas à estrutura simbólica) o conceito de Libido. A esta complexa função psíquica chama-se Volição.

Há, ainda, um processamento deste coprocessamento do Eu, que avalia como tem se autodirecionado o coprocessamento em relação a identificação, regulação e autoavaliação do Eu, compara com a realidade, quanto ao que esta tem demandado, posição do indivíduo e o produto de suas ações, julgando segundo princípios (ideias abstratas fundantes), valores (noções lógicas) e regras socioculturais (todos socialmente construídos), de forma mais ou menos crítica (disposta a mudança), e tomando decisões voltadas à intervenção nessa realidade. A esta avaliação do autodirecionamento em relação à realidade, seu juízo crítico e tomada de decisões voltada a uma intervenção real, dá-se o nome da função psíquica Pragmatismo.

À medida que compreensões gerais vão sendo adotadas e ações vão sendo tomadas, ocorre mais um coprocessamento, em que o indivíduo observa o que está sendo construído em si e no mundo, identifica a coerência, a coesão e o encadeamento das representações reais com as virtuais (Reflexão), planeja atos construtivos (reais ou virtuais) e comanda de forma adaptativa

as execuções para resolver os problemas observados. Este último processo é chamado de Prospecção.

Através do estudo das funções psíquicas, podemos aproximar o conjugado das funções psíquicas de Pragmatismo e Prospecção ao conceito de Funções Executivas (ou Adaptativas). À capacidade de um indivíduo aferir através dos vetores de saída o estado mental de outros indivíduos (como se estivesse coprocessando os mesmos), dá-se o nome de Teoria da Mente. Enquanto a capacidade de um indivíduo de se ater a uma atividade enquanto ao mesmo tempo coprocessa estados mentais e mudanças ambientais e, assim, vai ajustando sua atividade de modo a obter um melhor desempenho se chama Teoria da Coerência Central.

Recapitulando desde o início do fluxo de informações analisado, o mundo externo provê estímulos, vistos pelo aspecto da informação que carregam, como vetores. Estes são recebidos pelas funções psíquicas de entrada vetorial (Sensorpercepção, Consciência e Atenção) e, de forma concomitante (as funções vão ocorrendo todas ao mesmo tempo, menos como uma “linha de produção” e mais como um “parque robótico”), vai ocorrendo o processamento e coprocessamento da informação. Todos esses eventos vão ocorrendo no interior do indivíduo, apenas se tomando conhecimento na clínica através de *resultados e ações* (externos). As ocorrências interiores geram símbolos estáticos (vistos na estrutura, a seguir) e dinâmicos (que alteram outras funções), entre o fluxo propriamente dito e regulações, comandos, decisões, transformações e execuções (percebidos *em cache*, de forma consciente ou inconsciente). Contudo, em última instância os resultados apenas serão aferidos ou de forma indireta através de exames complementares (ainda pouco desenvolvidos para esse objetivo, como ao contrário se conseguiria aferir muito bem resultados do funcionamento cardíaco através de um ecocardiograma) ou, de forma direta, ao se produzirem resultados nas funções psíquicas de saída vetorial (Psicomotricidade e Fala, Atitude e Apresentação), gerando ações.

Estas ações ocorrem basicamente através da psicomotricidade (deslocamentos da motricidade em gestos, mímicas, semblantes, posturas, posições, tremores, batidas, ruídos, escrita, pintura etc.) e da fala (conteúdo, tom, intensidade, ritmo, gaguejar etc.).

A Atitude pode ser entendida como o vetor-resultante do que ocorre na Psicomotricidade e Fala (Atitude Externa, ou simplesmente Atitude) ou na Consciência através Memória ou do Processamento desta (Atitude Interna), dando relevo ao que está mais intenso na atividade mental e um *sentido geral* ao estado psíquico do indivíduo. Impulsos são atitudes motivadas por um afeto do momento (conjugados ou não a ideias). Aos impulsos que o indivíduo não consegue controlar, denomina-se Compulsão. Caso não consiga controlar o Ato de Pensar (uma Atitude Interna), chama-se Obsessão. À atitude frente a acontecimentos, pode-se chamar de Comportamento. Aos comportamentos que se repetem ao longo de um tempo, denomina-se Conduta. Às condutas que se desenvolvem ao longo de uma vida, nomeia-se Traço, o qual pode ter subdivisões por similaridade ou peculiaridade chamadas de Facetas (de Traço). Um conjunto de traços agrupados por natureza ou similaridade pode ser chamado de Domínio. Caso o domínio seja baseado em princípios e valores, chama-se de Caráter. A uma suposta tendência de um indivíduo a desenvolver um caráter, dá-se o nome de Índole. A um conjunto de símbolos e normas de processamento da informação construídos por um grupo social, e que embasam sua conduta, chama-se Ideologia. À coerência das atitudes com princípios, valores e condutas esperadas (por um indivíduo, um grupo, uma profissão, uma sociedade etc.), pode-se chamar

de Ética. À ética tradicional de uma sociedade, consciente ou inconsciente, implícita ou explícita, chama-se Moral.

Pode-se entender também como vetores-resultantes das Atitudes Fisiopatológicas, que acarretam reações no organismo através da integração do psiquismo com outros sistemas orgânicos, desencadeando respostas diretas (como endócrinas, metabólicas, imunológicas, eventos de fase da vida, composição corporal, alimentação, reprodução, secreções, eliminações, alterações do sistema simpático, convulsões, conversões, dissociações, sono etc.) ou indiretas – consequentes de (traumas, lesões, contaminações, exposições, transições teciduais, mutações etc.).

A Apresentação é o conjunto de informações que estão registradas de forma estática no organismo durante o momento em que é visto. Tem um aspecto de ser o resultado das atitudes tomadas pelo indivíduo no passado que ficaram “impressas ou expressas” em seu corpo. Há um aspecto de indicar resultados das Atitudes Internas, as quais podem ter consequências no próprio psiquismo (Apresentação Interna), que são objeto da clínica e do estudo Psicodinâmicos. Há outro aspecto de indicar a Apresentação Exterior, aquilo que pode representar as ações passadas do indivíduo (a forma de se vestir, adornar, de sua higiene, seu estilo etc.). Ainda, o aspecto da Apresentação Fisiopatológica, com sinais e sintomas de outros sistemas orgânicos, que demonstram o resultado das Atitudes Fisiopatológicas ou, indiretamente, como resultado das Atitudes Externas por sua exposição a agentes etiológicos (traumas, lesões, contaminações, alterações teciduais, mutações etc.).

#### **4) A Estrutura Psíquica**

As funções psíquicas geram produtos (que podem ser aferidos, de acordo com a Teoria da Mente), que vistos em fotografia formam uma imagem com elementos, relações e uma arquitetura específica, cuja estrutura pode ser analisada.

Os elementos básicos dessa estrutura são as representações, que se associam em símbolos, e estes se organizam em rede. Pode ser observada maior ou menor relação de coerência (correspondência da imagem virtual com a real), coesão (ordem sequencial) e encadeamento (associação lógica). Essa estrutura vai se rearranjando segundo o processamento e o coprocessamento cerebral segundo a lógica, a afetividade e as normas da linguagem.

Fazendo analogia com a estrutura molecular, as partículas atômicas seriam as representações, os átomos seriam os símbolos, o modelo atômico seria a coerência, as ligações químicas seriam a coesão e a arquitetura molecular seria o encadeamento. As reações físico-químicas seriam o processamento e o coprocessamento, a matéria seriam os signos, a energia seria o fluxo e as leis da física seriam as normas de linguagem. As funções psíquicas seriam algoritmos e o método científico seria a clínica.

## 5) A Psiquiatria Descritiva

Todos (os elementos dessa estrutura), correspondendo a estímulos na intimidade do sujeito, não podem ser conhecidos em sua completude, mas podem se aferidos pelos vetores de saída. Das representações complexas podemos aferir alguns signos, chamados de sinais (captados da miscelânea de estímulos do exterior) ou sintomas (referidos como sentidos pelo indivíduo). Um conjunto de signos, quando percebido através da clínica que guardam relação íntima entre si e se manifestam de forma concomitante, então se agrupam no que se chama de síndromes. Por exemplo, um grupo de signos que são identificados como produtos das funções psíquicas específicas alentecimento psicomotor e do pensamento, hipofonia, anedonia e hipobulia, vistos no quadro clínico como podendo ser produzidos naquele momento por uma depressão do humor, são chamados de Síndrome Depressiva. A síndrome serve de constructo da comunicação profissional para descrever o quadro clínico, porém não o filme clínico, ou seja, a história clínica. Caso esta história não possa ser colhida, ou não seja adequado no momento, o diagnóstico pode ser sindrômico, servindo para tratar as disfunções daquele momento, como base de comparação e para se elaborar hipóteses que serão confirmadas ou refutadas com a evolução clínica. No exemplo dado, uma síndrome depressiva pode se apresentar em diversas nosologias, em transtornos distintos.

Na evolução clínica em Psiquiatria, associa-se as síndromes identificadas a determinados Critérios para se chegar a uma nosologia e se definir o transtorno. Estes critérios são frutos de estudo dos transtornos, traduzindo-se como condições necessárias para se dizer que a manifestação das síndromes se deve a uma nosologia e não a outra. Os critérios são expressos no DSM-5 em letras maiúsculas que vão de A a G: A) Funcionalidade (quaisquer síndromes em Psiquiatria apenas são consideradas advindas por um transtorno quando causarem sofrimento ou prejuízo funcional), sendo expostas as síndromes ou signos que devem estar presentes e causar prejuízo funcional; B) Curso e Especificadores, trazendo se o curso, por exemplo, se contínuo, intermitente, episódico, oscilatório, reativo, disruptivo, circunstancial, progressivo, cíclico, gradual ou secundário a outra condição, com o tempo de duração desse curso e a frequência, se houver, e os especificadores são signos que devem estar presentes nesse curso, com a quantidade que deve estar presente dentre os citados e/ou a intensidade das manifestações; C e D) Difusão (quais âmbitos da vida devem sofrer prejuízo) e Estabilidade (quando o critério B deve se manifestar ao longo da vida, se deve ser duradouro ou não); E, F e G) Critérios de exclusão, trazendo nosologia alternativas para os critérios anteriores citados que possam melhor explica-los, envolvendo outros transtornos mentais, outras condições médicas, estágios de desenvolvimento ou condições socioculturais.

Este sistema de classificação clínica para se chegar a um diagnóstico, sindrômico ou nosológico, baseia-se na psicopatologia e não está interessado em se aprofundar na caracterização simbólica nem nos porquês de o indivíduo processar as informações de uma forma ou de outra. Ela sabe que algumas representações e formas de processamento estão presentes devido a condição médica. Isso permite de forma pragmática gerar proposição para se alterar essa condição e, assim, alterar as disfunções. A este tipo de trabalho clínico se chama de Psiquiatria Descritiva, pois descreve os fenômenos presentes (e pôde se justificar perante a Ciência pela sustentação lógica que a Fenomenologia, um campo de estudo da Filosofia, deu a este método), através dessa descrição encontra diagnósticos nosológicos (síndromes aliadas a

critérios, traduzindo transtornos) e propõe tratamentos, embasado pela evidência científica existente.

## 6) A Psicodinâmica

A Psicodinâmica vem do grego *dúnamis*, que significa força, e de *psiquê*, ou seja, traduz-se como forças da mente. A força em física é a medida da quantidade de movimento pelo tempo, e o ente capaz de mudar a trajetória e a intensidade de um movimento. Neste caso, é o estudo dos entes, na maior parte das vezes ainda não encontrados em Psiquiatria, capazes de alterar o funcionamento mental. Trata das questões relacionadas às causas do funcionamento psíquico, seja conceituando entes responsáveis pelas alterações, seja buscando técnicas para se aprofundar no conhecimento da estrutura mental. A Medicina, por atuar mais comumente no organismo, no *hardware*, apenas conseguiu dar seguimento à compreensão da mente através da consideração dos fenômenos produzidos pelo *hardware*, apoiando-se na psicopatologia descritiva. Já a Psicanálise, primeira ciência psicodinâmica construída, apesar de seu pai, Sigmund Freud, e mesmo seus principais antecessores, serem médicos, por se ater principalmente no Discurso e na Linguagem, recursos de *software*, acabou descolando do organismo e produzindo uma clínica própria, cujas representações tinham autonomia para serem livremente inteligidas e assim serem criados novos conceitos baseados em inferências dentro do próprio *software*, sem precisarem corresponder a uma estrutura de *hardware* específica ou seguir uma etiologia linear. Dessa forma, a Psicanálise construiu entidades virtuais que explicavam disfunções no *software* cuja validade foi sendo afirmada na prática clínica, quando a terapêutica conseguia restabelecer a saúde dos indivíduos.

Nessa mesma lógica se desenvolveu um outro tipo de trabalho clínico, não menos significativo, que busca compreender a construção simbólica do indivíduo e as causas das formas de processamento que levaram o indivíduo à disfunção, através do estudo do Discurso, da Linguagem, dos Comportamentos (atitudes frente a acontecimentos), da Personalidade (apresentação geral do indivíduo, como resultado de sua história pessoal, programando sua mente até a fase a fase através da interação sociocultural e ambiental, com formas específicas de acessar suas informações e de responder ao acesso de outras pessoas a si, de instalar novos programas, desinstalar os já existentes e realizar, ou não, sua manutenção, semelhante a um Sistema Operacional) e da Conduta (atitudes e apresentações frente a regras, colocando em relevo conflitos entre regras pessoais e as sociais, como demonstrando os programas instalados naquele presente momento). Esta é a clínica psicológica, constituída de várias escolas que embasam inferências aos achados, fazendo-se um trabalho de revelar o universo mental e, encontrando os porquês das disfunções, mesmo sem haver critérios suficientes para se concluir a existência de um transtorno, influir nessas causas e alterar padrões de funcionamento do indivíduo em prol do seu bem-estar.

Pode-se citar ainda outro, mais recente e com menor aplicação clínica até o momento, que se propõe a encontrar achados no *hardware*, nas estruturas genética/epigenética e neurológica, incluindo os circuitos cerebrais (vias neuronais atribuídas a uma determinada função ou manifestação psíquica) e redes neurais (um mapeamento e classificação dos circuitos neurais

pela natureza do processamento psíquico. Por exemplo, a DMN – modo de rede padrão, responsável pela introspecção e pela memória autobiográfica). Esses achados podem apresentar condições do *hardware* que predisponham a estrutura lógica e afetiva, e a realizar determinadas operações mentais em detrimento de outras no processamento das funções psíquicas, assim como podem trazer informações sobre o *software* através de seus correspondentes estímulos neuronais. Esta é a clínica das Neurociências, havendo no âmbito científico avanços importantes sobretudo na função psicomotricidade, havendo dispositivos de eletrodos que conseguem ler a atividade mental em tempo real, através da captação das ondas eletromagnéticas emitidas pelos impulsos elétricos neuronais, sintonizar e filtrar as informações de psicomotricidade e assim obter a representação de um comando mental para mover um braço, por exemplo, e fazer mover um braço robô com essa informação, de forma bastante semelhante a um braço natural. Ainda, esse braço robô já consegue aferir texturas e temperaturas e enviar de forma inversa à descrita estas informações ao cérebro, fazendo o indivíduo perceber essas sensações. Em outras funções psíquicas os estudos ainda são bastante embrionários, existindo algum esforço importante na compreensão da afetividade e da sensoripercepção. As descobertas científicas têm servido à formulação de hipóteses para se encontrar a etiologia das disfunções, assim como trazer aos pacientes evidências de bases reais para os transtornos mentais, o que algumas vezes encoraja sua adesão ao percurso terapêutico, afastando-se de julgamentos como sendo “frescura”, ou de preconceitos e estigmas, como o da loucura.

Existem também uma multiplicidade de práticas terapêuticas integrativas e complementares, assim denominadas por se apoiarem nos Pensamentos Sistêmico (campo recente da Filosofia) e Tradicional (de Filosofias que surgiram e se sustentam de forma independente da Lógica Aristotélica), e se alinham pelos princípios da Integralidade e da Complementaridade do cuidado em saúde. Algumas são bem estruturadas, como a Acupuntura Médica, também chamada Acupunturiatria enquanto especialidade, havendo inclusive um corpo de estruturado de diagnósticos em Medicina Tradicional Chinesa na Seção 26 da CID-11, com terapêuticas baseadas em evidências. Assim como há muitas outras práticas, muitas sem regulamentação legal ou formação acadêmica, das mais materiais, como a Fitoterapia Tradicional, outras intermediárias, como a Constelação Familiar (com abordagens semelhantes a uma psicoterapia), às mais sutis, como Florais e Reiki. Todas propõem modelos psicodinâmicos de diagnóstico e tratamento, envolvem uma noção clínica mais ou menos profunda, tem métodos próprios de tratamento, baseados em premissas próprias, que se afirmam na prática sociocultural.

Vale citar ainda as práticas religiosas, com sistemas próprios de cultivo da espiritualidade (do latim *spiritus*, sopro da vida ou alma – semelhante ao grego psiquê), entendida como o conjunto de princípios e valores de dão sentido à existência (há inclusive a espiritualidade cética). Estes mesmos princípios e valores, já mencionados na estrutura psíquica, são representações fundantes da linguagem, e seus elementos permeiam o simbolismo humano. Assim, práticas religiosas que intervêm nessa espiritualidade acabam por influenciar o simbolismo, as regras de linguagem e o processamento da informação. O médico deve observar as práticas religiosas do paciente, o quanto as regras do sujeito podem estar em conflito com as regras da religião, alterando sua conduta, e o quanto podem ser úteis ao cultivo de princípios e valores que possam alterar de forma positiva o simbolismo, ao promover o coprocessamento da informação através de exercícios de reflexão e introspecção, e ao estímulo afetivo e à interação interpessoal (estimulando a empatia e intimidade).

## 7) A Psicopatologia

A) **Transtornos que podem evoluir para uma Estrutura Psicótica:** estrutura em que as representações são incoerentes com a realidade e/ou as associações lógicas (encadeamento) são inconcebíveis na Cultura (desenvolvimento humano pelo trabalho social) do indivíduo.

a. **Neuropsiquiátricos:** transtorno com base neurológica (orgânica) presumida (pelo Neurodesenvolvimento) ou estabelecida (pela Etiologia), apesar de mecanismos fisiopatológicos ainda não bem estabelecidos

i. **Do Neurodesenvolvimento:** com base orgânica inferida por indução lógica, pela necessária manifestação na fase inicial da infância (fase em que se conclui a maior parte do desenvolvimento neuronal), ou seja, “se concluído o desenvolvimento neuronal, não se manifestam mais”, e a relação bem estabelecida de sua manifestação em etiologias (genéticas, infecciosas, inflamatórias ou traumáticas) que só causam esses transtornos se ocorridas durante esse desenvolvimento neuronal.

1. Da Comunicação: da Linguagem, da Fala, da Comunicação Social (pragmática) e da Fluência com Início na Infância (gagueira)

2. Do Espectro Autista: prejuízos tanto na Comunicação e Atitude Social (Interação Pessoal) quanto Padrões Restritos e Repetitivos de Comportamentos, Interesses e Atividades, classificados em Leve, Moderado e Grave

3. De Déficit de Atenção/Hiperatividade: níveis prejudiciais de Desatenção e Desorganização e/ou de Hiperatividade-Impulsividade de forma muito intensa para o estágio de desenvolvimento, classificados em combinado, predominantemente desatento ou predominantemente hiperativo/impulsivo.

4. Específico da Aprendizagem: Dislexia, Disortografia e Discalculia

5. Transtornos Motores: do Desenvolvimento da Coordenação, do Movimento Estereotipado (com ou sem: comportamento autolesivo e nosologia conhecida; Leve, Moderado ou Grave) e de Tique (de Tourette, de Tique Motor ou Vocal persistente, de Tique Transitório e outros especificados ou não especificados)

6. Outros Especificados ou Não-Especificados

ii. **Neurocognitivos (TNC):** estabelecidos pela característica central ou necessária de ocorrerem prejuízos cognitivos adquiridos (*Cognição*, domínio relativo às Funções Cognitivas, ou seja, ligadas ao *Conhecimento Ideativo*: Consciência, Atenção, Memória, Linguagem, Pensamento, Intelecto e Imaginação), sem os quais não se manifestam,

devido a disfunção de estruturas neurológicas por etiologia estabelecida ou presumida (por achados clínicos), de carácter momentâneo ou permanente, por perturbação, degeneração ou lesão destas. Importante observar que são adquiridos, portanto não alteram a natureza da estrutura mental nem os mecanismos predispostos, gerando assim perdas das funções: a doença em si não causa novos funcionamentos, mas altera o comportamento (atitude frente a acontecimentos). Assim, ocorre prejuízo ao fluxo anterógrado da informação, da captação e fixação às associações e inferências, e, de forma retrógrada, ao acesso, à identificação e modificação das informações já construídas na estrutura mental. Olhando para esta, alguns símbolos são perdidos, enquanto outros ficam fragmentados, surgindo lacunas, descontinuidades e representações desconexas (como na analogia molecular, instabilidade da estrutura, das partículas e terminações “ávidas por uma ligação”). No processamento da informação essas lacunas formam amnésias, hipomnésias, obnubilações ou substituições, as descontinuidades geram bloqueios no fluxo, fluxos alternativos ou conflitos, e as representações desconexas (avidez) produzem inquietação, confusão, estresse e desorganização (abordando-se como *software*, uma estrutura corrompida, em que a leitura fica inacessível ou prejudicada, a gravação falha, o funcionamento imprevisível e a programação pode gerar à máquina perturbação ou conflitos). E, para além das alterações próprias (e necessárias) à Cognição, os estresses causados ao conjunto do psiquismo podem hiperestimular a Sensopercepção (por mais informações, na vigília ou no sono), a Afetividade (já que a “cognição afetiva” geralmente se preserva, a Cognição – Ideativa – demanda acesso aos símbolos através do fluxo de representações afetivas), a Ansiedade (por medo e antecipação do “desConhecido”), a Volição (perserverações, pela vontade de resolução) ou outras funções e domínios, aumentando de forma aguda ou crônica a energia destas funções e, assim, causando nas exacerbações sintomas próprios dos transtornos correspondentes (Psicoses, de Humor, de Ansiedade, Compulsões etc.). Ainda, no caso de doenças de base que causam perturbação, lesão ou degeneração em outros Sistemas Orgânicos (sendo o Nervoso Central o mais frequente), alterações próprias de outras funções psíquicas ou orgânicas podem ocorrer e ser centrais à doença.

1. Delirium (confusão mental início agudo e transitória, enquanto permanece a doença de base, com perturbação oscilatória da Atenção/Consciência, da Orientação e do Humor/Volição, classificado entre Agudo ou Persistente, e entre Hiperativo, Hipoativo ou Misto): relacionado a substâncias/ medicamentos (Intoxicação ou Abstinência), Devido a outra condição médica, Devido a múltiplas etiologias
2. Maior ou Leve (classificam-se todos entre um ou outro segundo a gravidade da apresentação): Doença de Alzheimer, Degeneração Lobar Frontotemporal, Doença com Corpos de Lewy, Doença Vascular, Lesão Cerebral Traumática, por Uso de

substância/ Medicamento, por Infecção por HIV, Doenças de Príon, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Outra condição médica (Creutzfeldt-Jakob, Pick, Encefalopatias, entre outras), por Múltiplas Etiologias

3. Não-Especificados: com sintomas centrais e necessários na Cognição, adquiridos, devidos a outra condição médica especificada ou não especificada

iii. **Decorrentes de Outra Condição Médica Orgânica:** que produza adoecimento neurológico com consequência para as funções psíquicas, de etiologia bem estabelecida

b. **Psicóticos** (do Espectro da Esquizofrenia): Psicose se refere a um Estado de Distanciamento da realidade, assumindo uma estrutura psicótica mencionada. No espectro da esquizofrenia os transtornos, enquanto presentes, promovem um Distanciamento Permanente da realidade. Em razão disso diz-se que São psicóticos (em oposição a Estão). Ocorrem devido a *alterações primárias* da Sensopercepção, em oposição a *alterações secundárias* devido a outras funções (da Afetividade, as da Cognição ou outra condição médica). Estas alterações primárias podem ocorrer na Sensação (Ilusões – se provenientes dos órgãos dos sentidos -, ou Alucinações – se provenientes diretamente de outras parte do organismo), na Percepção (percepção delirante) ou na Apreensão (Cognição Delirante), alterando a coerência e o encadeamento do símbolos na estrutura psíquica em prejuízo necessário da Consciência do Eu (o indivíduo representa e/ou infere o Eu de forma inadequada) e da Consciência de Autofuncionamento (o indivíduo não identifica a morbidade, pois a ele o mundo interno é exatamente correspondente ao exterior: ele “enxerga” de outra forma o exterior). Esquizofrenia significa “mente cindida” e esta cisão ocorre dela em relação à realidade e/ou à cultura (esta “impressa na Cognição), e não como uma *dissociação do Eu*, que ocorreria por uma *perda da representação de Unidade* entre os núcleos de processamento e coprocessamento (os do Eu e da Autodireção – as próprias funções psíquicas). Os Transtornos Psicóticos desenvolvem *sintomas* (enquanto termo genérico para signo ou símbolo) entre *positivos* (alucinações, delírios, desorganização do pensamento e desorganização do comportamento) e *negativos* (perdas progressivas nas funções de Afetividade (espectro do embotamento) e de Volição (espectro da apato-abulia), e no espectro da Incapacidade (Interação Pessoal, Cuidado Pessoal e Cognição)), estes últimos devido a processos neurodegenerativos causados por exacerbações nas funções psíquicas desencadeados por conflitos com a Sensopercepção. Esta vai modulando as demais funções e construindo dialeticamente um novo cérebro com déficits (em relação ao seu original) e delírios (operações psicóticas de interpretação) cristalizados. Sintomas Positivos de Esquizofrenia tem o sentido de *atividade do transtorno*, significando que a ainda há elevação da energia mental, biologicamente produzindo uma “tempestade de neurotransmissores”. Os Sintomas Negativos de Esquizofrenia significam diminuição dessa energia pelas perdas funcionais.

- i. Psicótico Breve
- ii. Esquizofreniforme
- iii. Esquizofrenia

- iv. Esquizotípico
  - v. Delirante Persistente
  - vi. Psicótico Induzido
  - vii. Esquizoafetivo
  - viii. Outros psicóticos não-orgânicos especificados ou não especificados
- c. **De Humor:** alterações na energia afetiva, quando ocorrem de forma concomitante e proporcional a alterações da energia de outras funções (mecanismo unipolar – por um espectro de história pessoal e predisposição) ou desencadeiam alterações globais na energia mental, por uma capacidade da Afetividade de coprocessamento das funções do Eu, própria do indivíduo (mecanismo bipolar – inato ou adquirido, ainda não se sabe), para além das funções de habituais de coprocessamento (as de Autodirecionamento), então se desenvolve um Transtorno de Humor (por depressão ou elevação da energia mental). Podem induzir ou não alterações na Sensopercepção, causando ou não um estado psicótico. Semelhante aos transtornos psicóticos, os sintomas de humor são classificados em positivos e negativos, porém com outro sentido. Sintomas Positivos são aqueles tidos como bons dentro da cultura do indivíduo (como alegria, prazer, entusiasmo, vigilância, confiança, autoestima, atividade, loquacidade, acelerações das funções, ânimo, redução do sono). Enquanto Sintomas Negativos são aqueles considerados ruins (culpa, medo, hostilidade, irritabilidade, solidão, inutilidade, tristeza, dor, fadiga, sono). Ambos em exagero ou falta produzem disfunção ou sofrimento. Positivos junto com negativos podem estar presentes tanto na elevação do humor quanto em sua depressão. Quando sintomas positivos são maioria em quantidade e intensidade nas depressões humor ou negativos em elevações, estes são chamados estados mistos.
- i. Espectro Bipolar: Bipolar tipo I, Bipolar tipo II, Ciclotímico, Bipolar Induzido por Substância/ Medicamento, Bipolar Devido a Outra Condição Médica, Outro Especificado (tipo ¼, ½, 1½, 2½, 3, 3½, 4, 5 e 6) e Outros Não-especificados
  - ii. Espectro Unipolar: Disruptivo da Desregulação do Humor, Depressivo Maior (incluindo episódio depressivo maior), Depressivo Persistente (Distímia), Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), Depressivo Induzido por Substância/ Medicamento, Depressivo Devido a Outra Condição Médica, Outro Depressivo Especificado e Depressivo Não-Especificado

B) **Transtornos que podem evoluir para a Estrutura Histórica:** se manifestam a princípio na **Estrutura Neurótica** (termo antigo, relacionado ao que se mantém na ótica Neurológica, pois os pacientes psicóticos eram encaminhados aos cuidados Psiquiátricos; ainda útil no sentido de serem transtornos em que os pacientes habitualmente procuram antes outros serviços de cuidados médicos e de saúde ao invés da clínica psiquiátrica) e não para um estado psicótico, de cisão com a realidade. Porém, alguns podem assumir *estados históricos* (de Histeria, *proveniente do útero*, pois no passado se acreditava que o útero pudesse assumir uma função autônoma de alterar o estado mental). O sintoma mais comum manifestado nesta estrutura é o da ansiedade, geralmente fazendo parte da história clínica. Tendo em mente a ancestralidade e a posição de comando dos circuitos de ansiedade no encéfalo, na estrutura neurótica a Ansiedade (enquanto rede neural) exerce função semelhante à Afetividade nos

mecanismos bipolares, coprocessando as demais funções psíquicas. Assim, o aumento de energia nessa rede regular outras funções, porém de forma mais seletiva (e menos global como a Afetividade). A ansiedade (enquanto sintoma) se trata de uma associação entre antecipação (do universo da Cognição) e medo (um Afeto) direcionados a um mesmo objeto, havendo circuitos neurais que funcionam em conjunto para sua percepção. O aumento progressivo da atividade desse circuito é relacionado ao aumento progressivo de outros sintomas como irritabilidade, hipotenacidade, inquietude, angústia, desânimo, tensões musculares, sintomas do trato gastrointestinal, alteração de funções vitais (sono, apetite, libido, cuidado pessoal e preservação), entre outros. Assim, Afetividade, Atenção, Psicomotricidade, Volição e funções fisiológicas, entre outras funções psíquicas, sofrem regulação dos circuitos de ansiedade, formando assim uma rede neural. Esta tem uma energia própria que, aumentando em intensidade, pode gerar transtorno por exacerbações específicas dentro da *rede*, causando Transtornos de Ansiedade, como também, dado serem circuitos bastante primitivos, que estabelecem múltiplas conexões em várias regiões do cérebro, gerar estresses em outras funções como as da Cognição, Sensopercepção, Humor, Volição, Histerias e Personalidade, causando exarcebações de seus transtornos. Vale ainda citar que os transtornos de ansiedade se apresentam associados à maioria dos transtornos da Apresentação Fisiopatológica.

- a. **De Ansiedade** (pensamento antecipatório associado à Natureza do Medo, entre Medo da Catástrofe, Medo de Ser Julgado, Medo de Perder o Controle e Medo do Incontrolável): de Separação, Mutismo Seletivo, Fobias Específicas (Animal, Ambiental, Elementos Médicos, Situacional e Outros), Ansiedade Social, Transtorno de Pânico (diferente de Ataque de Pânico, um especificador), Agorafobia, Ansiedade Generalizada, Induzido por Substância/ Medicamento (na Intoxicação, na Abstinência ou Após o Uso), Devido a Outra Condição Médica, Especificado ou Não-Especificado
- b. **Relacionados a Trauma e a Estressores** (nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante está listada explicitamente como um critério diagnóstico, causando perturbações na Ansiedade, no Humor por mecanismo unipolar, na Conduta ou na Estrutura Histórica): Apego Reativo, Interação Social Desinibida, Estresse Pós-Traumático (TEPT), Estresse Agudo, de Adaptação, Luto Prolongado e Outros Estressores Especificados e Não-Especificados.
- c. **Histerias**: nestas ocorre uma dissociação do Eu em que, olhando para a estrutura mental, encontra-se alterada a coesão entre as representações. Recorrendo à analogia molecular, os símbolos (como átomos) perdem algumas de suas associações (ligações químicas), de maneira focal ou generalizada, e o indivíduo deixa de conseguir identificar algumas associações (causando às vezes a impressão de “loucura seletiva” e outras de “desligamento”), e novas associações aleatórias (às vezes caóticas) podem ocorrer, entre símbolos de uma mesma função (como em “convulsões” e agitações psicomotoras) ou entre funções distintas (como pseudoalucinações, em que o conteúdo do Pensamento pode ser associado à Sensopercepção, como se “confundisse as coisas”. Observa-se que o paciente percebe que é igual ao pensamento, descreve como se descreve um pensamento – carecendo de corporeidade, objetividade, determinação, frescor sensorial, constância e independência -, e tem noção de

que aquilo tem similaridade com outros pensamentos. Contudo, associa aquilo a uma entidade real, apresenta afetos congruentes com seu conteúdo e tem atitudes coerentes com o julgamento que faz daquilo. Na prática, tem-se a impressão de que o paciente está imaginando aquilo, porém age de forma contundente como se aquilo fosse verdade), levando-se a regulações do psiquismo pelo coprocessamento ou alterando Funções Executivas de forma a alterar das Ações à Conduta, e levando à Externalização e à Internalização de sintomas, inclusive em funções orgânicas (como paralisias, ataques de pânico ou até mesmo uma “gestação psíquica”). Essa perda na coesão simbólica leva ao prejuízo da Consciência do Eu, e o paciente não consegue inferir adequadamente Atividades, Limites, Unidade e Identidade do Eu, podendo resultar na “impressão de que existe mais de um Eu” (*autoscopias, desdobramentos, visões*), “ser controlado por outro Eu” (*estados de possessão, estupores, fugas*) ou simplesmente ser “desligado” por outra função psíquica (*apagões, ausências, comas*). Ressalta-se que nas Histerias não se altera a coerência e as normas de encadeamento na estrutura psíquica, portanto alterações de Atividade, Limite, Unidade e Identidade do Eu não se dão em relação à Realidade (como na psicose), mas a Si Mesmo. Ainda, o indivíduo pode conservar a Consciência de Autofuncionamento, apresentando *plena* Consciência de Morbidade, o que é impossível na psicose. Nas histerias também se fala em Sintomas Positivos, que são os gerados por associações aleatórias entre os símbolos incoesos (ou pelo excesso de tentativas de associação funcional), causando fragmentação do Eu ou excesso de pensamentos, afetos ou atitudes (como fragmentação da identidade, desrealização/despersolalização, flashbacks, pseudoalucinações, “convulsões”, fugas, estupores ou pânico). E Sintomas Negativos, que são gerados pela perda da capacidade de realizar associações funcionais, levando a diminuição do acesso, da identificação, da regulação e do controle das representações (como amnésias, entorpecimentos, puerilidade, alentecimento, hipostesias, paralisias, hipoprosexia, anedonia, hipopragmatismo).

- i. **Dissociativos:** Dissociativo de Identidade, Amnésia Dissociativa, Despersonalização/ Desrealização, Outro Dissociativo Especificado e Outro Dissociativo Não-Especificado.
  - ii. **Somáticos (e Relacionados):** de Sintomas Somáticos, de Ansiedade de Doença (Hipocondria), Conversivo (de Sintomas Neurológicos), Fatores Psicológico que Alteram Outras Condições Médicas, Factício (Autoimposto ou Imposto a Outro), Outros Especificados e Outros Não-Especificados.
- d. **Da Volição:** na interação dialética que ocorre entre objetos de prazer e de dor durante o coprocessamento do Eu pela Volição, gerando ou não vontades, objetos e Volição são novamente coprocessados pelas Funções Executivas, frente às realidades externa e interna, dirigindo o indivíduo para uma ação ou evitação (controle das ações, ou Autocontrole). Nisso, o Autocontrole falha pelas Funções Executivas ou por uma falha própria da Volição, que ao não se realizar frente aos objetos cotidianos (por um processamento do Eu que gerou mais símbolos de dor que de prazer ou por outros transtornos que causam falha no objeto, na intensidade ou na conação), acaba se realizando momentaneamente

em objetos **de intenso prazer ou de alívio da dor** (substâncias psicoativas), em objetos **exóticos** (que por exóticos são livres de memórias de dor ou são mesmo *A Busca* de objetos e razões – entre parafilias, pensamentos e comportamentos) ou em ações (em ato – vetores de saída - ou potência – cognição consciente ou inconsciente) de **autoregulação** (que geram estímulos associados a objetos de prazer – entre símbolos ou instintos, que liberam hormônios ou citocinas – os quais interceptam/anulam os estímulos do objetos de dor, ou focam o Filtro da Consciência para outras atividades mentais, deixando atuar a Redução de Ruído para dissipação dos estímulos de dor e/ou Bloqueio da percepção destes estímulos). Ao se encontrar esses *objetos de intenso prazer/ alívio da dor, exóticos ou de autoregulação*, inicia-se um **ciclo vicioso de realização (da vontade) e reforço positivo** (Filtro direcionado a esses símbolos), por mais estranho que pareçam ao psiquismo funcional.

- i. **Dirigidos ao Pensamento (Obsessões) ou ao Comportamento (Compulsões)**: Obsessivo-Compulsivo (TOC), Dismórfico Corporal, Acumulação, Tricotilomania (de arrancar o cabelo), de Escoriação (skin-picking), Induzido por Substância/ Medicamento, Devidos a Outra Condição Médica, Outros Especificado (transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo, ciúme obsessivo) e Outros Não-Especificados
  - ii. **Dirigidos ao Uso de Substâncias** (geram relação de Abuso, Dependência ou Abstinência e tem como consequências estados de transtorno Cognitivo (Delirium), Amnésico, Psicótico ou Comportamental, circunstancial ou residual): Álcool, Opioides, Maconha, Sedativos/ Hipnóticos/ Ansiolíticos, Cocaína, Estimulantes/ Cafeína, Alucinógenos, Fumo, Inalantes e Múltiplas Substâncias Não Específicas.
  - iii. **Parafilias** (objetos sexuais estranhos/ inadequados ao julgamento ou à cultura do indivíduo): Voyeurista (espiar outras pessoas em atividades privadas), Exibicionista (expor os genitais), Frotteurista (tocar ou esfregar-se em indivíduo que não consentiu), Masoquismo Sexual (passar por humilhação, submissão ou sofrimento), Sadismo Sexual (infligir humilhação, submissão ou sofrimento), Pedofílico (foco sexual em crianças), Fetichista (usar objetos inanimados ou ter um foco altamente específico em partes não genitais do corpo), Transvêstico (vestir roupas do sexo oposto visando excitação sexual) e Outros Transtornos Parafílicos Especificados ou Não-Especificados.
- e. **Da Personalidade** (Sistema Operacional)
- i. Grupo A (da falha no objeto de volição)
    1. Paranoide: obnubilação do objeto em si e no outro (desconfiança)
    2. Esquizoide: fragilidade do objeto (beirando a indiferença)
    3. Esquizotípica: excesso de objeto, podendo intencionar objetos virtuais (psicoticismo)
  - ii. Grupo B (da falha na intensidade de volição)
    1. Histriônica (ou Desinibida): na inibição da intensidade
    2. Borderline: no limite da intensidade
    3. Narcisista: na grandiosidade da intensidade

4. Antissocial: na insensibilidade da intensidade
  - iii. Grupo C (da falha da conação)
    1. Anancástica (Obsessivo-Compulsiva ou Controladora): excesso de conação
    2. Dependente: obnubilação da conação (dependendo de definição externa)
    3. Evitativa: fragilidade da conação (evitando frustrá-la)
  - iv. **Da Personalidade em Formação ou Não-Proeminente** (na falta de uma Personalidade definida, descreve-se as atitudes, comportamentos, condutas e traços): de Oposição Desafiante (TOD), Explosivo Intermitente, da Conduta (início na Infância, na Adolescência ou Não-Especificado) e Modelo Alternativo para Transtorno de Personalidade do DSM-5 e do CID-11
- C) Que se manifestam na **Apresentação Fisiopatológica**: cuja manifestação central se dá para além da Psicomotricidade e Fala, da Atitude e do Cuidado Pessoal, desencadeando através da integração com outros sistemas periféricos (Endócrino, Imunológico, Cardiovascular, Digestivo, Genitourinário, Reprodutor, Ciclo-Cicardiano, Osteomuscular etc.) alterações fisiopatológicas, em que estas causam sofrimento e/ou disfuncionalidade ao indivíduo.
- a. Transtornos Motores (efeitos do Sistema Nervoso Eferente): Catatonia (devido a Psicoses, Humor, Neuropsiquiátricos, Histerias, SNM ou Outras Condições Médicas como Deficiência de Folato, Encefalopatias, Autoimunes e Paraneoplásticas) e Induzidos pelo Uso de Substância/ Medicamentos (Extrapiramidais, por eferências neurológicas motoras involuntárias fora das *pirâmides da medula espinhal*, que enviam informações involuntárias para outros sistemas, sobretudo os Osteomuscular, Simpático e Gastrintestinal, percebidos pelo indivíduos de forma consciente ou inconsciente, porém não compreendidos adequadamente, gerando estresse às funções psíquicas. Seu caso mais grave é a Síndrome Neuroléptica Maligna – SNM)
  - b. Alucinação (efeitos farmacológicos dirigidos diretamente ao cérebro, ao Sistema Nervoso Aferente e a outros sistemas orgânicos): eventos de alucinação, geralmente associada a euforia, como manutenção da Consciência do Eu e de Autofuncionamento, desencadeada por causa orgânica (Substâncias/ Medicamentos ou Doenças) e, devido a esta, consequências fisiológicas
  - c. Alimentares: ruminação, alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e de compulsão alimentar
  - d. De Eliminação: enurese e encoprese
  - e. Do Sono-Vigília: insônia, hipersonolência, narcolepsia, de sono relacionados à respiração, do ritmo circadiano, de despertar do sono não REM (rapid eye movement – movimentos rápidos dos olhos), do pesadelo, comportamental do sono REM, síndrome das pernas inquietas e do sono induzido por substância/ medicamento
  - f. Disfunções Sexuais: ejaculação retardada, transtorno erétil, do orgasmo feminino, do interesse/excitação sexual feminino, da dor gênito-pélvica/ penetração, do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento e outras disfunções sexuais especificadas ou não especificadas

- g. Disforia de Gênero: sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa
- h. Devido a outra condição médica: causada pelos efeitos fisiológicos de outra condição médica, originada em outro sistema orgânico.

## 8) O papel do médico Psiquiatra

Falou-se que o trabalho médico envolve um método clínico psicopatológico voltado de forma pragmática ao tratamento dos pacientes. Todavia, seguindo a lógica pragmática de tratar, para que este seja bem-sucedido é necessário um comprometimento profissional. Para ser competente em sua profissão, o psiquiatra deve ter conhecimento sobre o estado da arte, mas também habilidade (capacidade de colocar em prática os conhecimentos) e atitude (desenvolvendo frente aos pacientes a prática da Teoria da Mente, com Coerência Central e exercitando com perícia suas Funções Executivas). Neste contexto, pode-se citar algumas tarefas essenciais ao psiquiatra como ator bem-sucedido:

- A) **Diagnosticar:** não se trata de apenas chegar a uma conclusão, atribuir um diagnóstico e deixá-lo registrado, mas fazer o paciente saber e entender de maneira clara e concisa o que significa. Porque isso ocorre e o que pode representar em sua vida. Qual a importância de um diagnóstico e sua utilidade, evitando preconceitos e estigmas. Um diagnóstico não pode anular o indivíduo, e deve ficar nítido que ele não representa sua totalidade, mas apenas uma nuance ou padrão mental que ele compartilha com outros indivíduos e que compreendê-lo permite intervir nesse padrão e melhorar sua qualidade de vida. Não havendo essa compreensão o paciente tende a se afastar do tratamento ou o diagnóstico passa a ser uma entidade nosológica gera representações ruins à estrutura psíquica, causando iatrogenia.
- B) **Orientar o tratamento:** ficando claro ao paciente que o objetivo do tratamento é melhorar o bem-estar, o psiquiatra deve, baseado nas evidências existentes, escolher as melhores estratégias terapêuticas e orientar o paciente quanto às mesmas, o que cada uma faz e qual sua importância. A ciência tem mostrado apontado que o melhor êxito se dá com a combinação de 3 eixos de conduta terapêutica: farmacoterapia, terapia psicodinâmica e mudanças no estilo de vida (MEV). A farmacoterapia tem por objetivo o tratamento de doenças de base ou diretamente dos transtornos mentais, e o tratamento deste se dá através escolha das medicações, combinadas ou em monoterapia (dando preferência a esta, se possível), geralmente dentre os 8 grupos principais de psicofármacos: antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor, hipnótico-sedativos, psicoestimulantes, antidependência, antidemenciais e canabinoides (descritos na seção X da CID-11). A terapias psicodinâmicas consistem na própria entrevista médica (quando realiza psicoeducação, abordagens psicodinâmicas, mantém posturas, cuidados e acolhe o paciente), em psicoterapias (pelo método psicológico, terapias ocupacionais, musicoterapia, arteterapia), por assistência social (agindo nos determinantes sociais do adoecimento), terapias tradicionais, integrativas e complementares e as práticas de cultivo da espiritualidade (culturais e religiosas) e do

autoconhecimento (meditação, introspecção, hipnose, retiros, jornadas). A MEV se baseia de um lado na identificação de estressores que desencadeiam crises, em alguns casos evitando e em outros aceitando e aprendendo a lidar, e de outro em práticas de vida saudáveis, relativas a alimentação, atividades físicas e práticas de grupo.

- C) **Prescrever:** observado cada caso, prescrever o que for privativo do médico, como a medicação, neuroestimulação (estimulação magnética transcraniana, eletroconvulsoterapia e estimulação elétrica profunda), exames complementares, o encaminhamento para o cuidado de outros profissionais, a transferência ou referência para outras unidades de cuidado e a emissão de pareceres e de documentação médica.
- D) **Vincular o paciente:** o estabelecimento de um bom vínculo se trata de uma necessidade peculiar à prática médica e fundamental à psiquiátrica. Havendo uma boa relação, o paciente atribui reconhecimento profissional que permite uma boa aceitação da abordagem diagnóstica, o seguimento das orientações terapêuticas e o acato das prescrições, assim como a concentração do paciente diálogo, com uma apreensão mais completa e a fixação do conteúdo. Para um vínculo bem estabelecido, o exercício da empatia (se colocar no lugar do outro), da simpatia (ser agradável ao outro), da serenidade (inspirar calma), da cumplicidade (demonstrar compreensão e parceria) e da confiabilidade (sigilo, competência e compromisso). Através do vínculo médico o paciente não abandona o tratamento e atravessa todas suas etapas.
- E) **Coordenar o processo terapêutico:** o psiquiatra constrói um plano terapêutico, que precisa ser pactuado com o paciente, e necessita acompanhar o seu percurso, verificando como está seu andamento (se está havendo adesão, se está sendo feito da forma correta, se todos os tópicos pactuados estão sendo cumpridos, como estão a motivação e as perspectivas do paciente para o mesmo e a evolução clínica), reforçando os pontos fracos, estimulando sua continuidade, tirando dúvidas, comunicando-se quando necessário com outros profissionais da rede de cuidado e verificando o suporte que está tendo para sua consecução, se está sendo viável, e reorientando ou adaptando o que não estiver indo bem. Nesta coordenação também é importante se registrar (em prontuário e outros documentos pertinentes) de maneira funcional o máximo de informações possível, pois além de melhorar a comunicação e a avaliação do caso, sendo os diagnósticos e tratamentos baseados em Psiquiatria Descritiva, quanto mais bem descrito for o caso, mais próximo se estará do acerto clínico.

## CONCLUSÃO

Foi trazida uma linha de continuidade entre formulações a respeito de sistemas de formulação sobre a clínica, a psicopatologia e os transtornos mentais. Construções sobre estes por uma perspectiva filosófica fenomenológica ou psicodinâmica, classificatória baseada em evidências e neurocientífica. Nesta linha vai ocorrendo uma evolução de técnicas, compreensões, conceitos e aplicações clínicas. Novos sistemas classificatórios e formas de se pensar vão surgindo nesta evolução.

Tem crescidos os estudos que buscam integrar a psicodinâmica à psiquiatria descritiva, com modelos experimentais que já estabelecem norteadores fundamentais desta relação a partir do método científico clássico, como os circuitos neurais. O desenvolvimento da tecnologia dura é fundamental neste sentido, e o avanço nas ciências como um todo nos trazem recentes formas de enxergar a realidade, teorias formais e aplicadas que produzem outros conceitos e possibilidades de estabelecer estas relações. O conceito de *software* em um ambiente virtual, por exemplo, é muito mais sofisticado que o conceito de imagem virtual em um espelho, e antes das conceituações da Física Óptica pensar em algo virtual era ainda mais difícil, fazendo ideias como as de Platão causarem uma impressão mística ou, como sua própria escola é chamada, idealista.

Os avanços experimentais nas Ciências da Computação, na Física Quântica e na Linguística trouxeram a confirmação de hipóteses e teorias, a formulação de modelos e, com estes, emergem conceitos que nos trazem atualmente a capacidade de pensar uma Ciência da Informação com elementos chave para se entender as relações entre o material e o energético, o real e o virtual, o *hardware* e o *software*. Assim, hoje pode-se falar em um Sistema Psíquico com ocorrência virtual, porém existência real.

Em uma extrapolação lógica, ao perceber o coprocessamento da informação pelas funções de autodirecionamento (pela Inteligência Múltipla), gerando um sentido de Eu, é como se existisse um “algo a mais”, uma “informação da informação”. Esta é a própria Consciência (*per si*, do Eu e do Autofuncionamento), um “*conscienseware*”. Algo semelhante tem-se produzido nas experiências de Inteligência Artificial: computadores com processadores destinados exclusivamente a coprocessamento da informação.

Fazendo um movimento aristotélico de voltar os pés ao chão, o disposto aqui serve para fomentar uma discussão. Desenvolver a concepção de fluxo da informação através das funções psíquicas e a partir disto se pensar a construção de um Sistema Psíquico real, psicopatológico, psicodinâmico e autônomo é plausível com os conhecimentos científicos atuais. Todavia, necessita de estudos e aperfeiçoamento do aqui apresentado. Ou, aproveitando-se desta concepção, ser alterado radicalmente.

O importante é se verificar que existe *um novo paradigma para o psiquismo humano* (Cesarotto, 2009), como tem-se ensaiado alguns autores. Em todo caso, foram apresentados achados conceituais importantes, que norteiam a compreensão da Clínica Psiquiátrica como um todo, podendo servir a uma jornada de primeira impressão sobre a Psiquiatria ou a sua revisão.

## **REFERÊNCIAS**

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Nascimento MIC et al., translators. Cordioli AV, revisor. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Assumpção Jr. FB. Psicopatologia evolutiva. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Capurro R, Hjørland B. O conceito de informação. *Perspectivas em Ciência da Informação* [Internet]; 2007, vol. 12, n. 1 [cited 2021 Nov 26]. p. 148-207. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-99362007000100012>

Carvalho ACPLF, Lorena AC. *Introdução à computação: hardware, software e dados*. Rio de Janeiro: LTC; 2017.

Cesarotto O. Um Novo Paradigma para o Psiquismo Humano. *Leitura Flutuante Revista do Centro de Estudos em Semiótica e Psicanálise* [Internet]. 2009 [cited 2021 Nov 26];1. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/article/view/7626>

Cheniaux E. *Manual de psicopatologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

Dalgalarrondo P. *A Evolução do Cérebro: Sistema Nervoso, Psicologia e Psicopatologia sob a Perspectiva Evolucionista* [E-book on Kindle Edition]. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Dalgalarrondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Esteves RS, Barroso CAC. A Física da Informação de Tom Stonier. *Encontros Universitários da UFC* [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 28];3(1):753–3. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/34024>

Gabbard GO. *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. Rodrigues FS, translator; Schestatsky G, Favalli G, revisors. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

Jaspers K. *Psicopatologia Geral*. 9. ed. Reis SP, translator. 2. ed. São Paulo: Livraria Atheneu; 1979, vol.1.

Jaspers K. *Psicopatologia Geral*. 9. ed. Reis SP, translator. São Paulo: Livraria Atheneu; 1987, vol. 2.

Kandel *et al.* *Princípios de neurociências*. Rodrigues ALS, translator. Dalmaz C, Quillfeldt JA, revisors. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Martins MHP, Aranha MLA. *Filosofando: introdução à filosofia*. 2. ed. São Paulo: Moderna; 1993.

Nogueira MJ. *Exame das funções mentais: um guia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.

Organização Mundial da Saúde. *Classificações de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Caetano D, translator. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Person ES, Cooper AM, Gabbard GO. *Compêndio de Psicanálise*. Bueno D, translator. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compendio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Almeida MA, translator. Schestatsky G *et al.*, revisors. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Schneider K. *Psicopatologia Clínica*. 7. ed. Leão EC, translator. São Paulo: Editôra Mestre Jou; 1968.

Serra JP. *Manual de Teoria da Comunicação*. Covilhã: Livros Labcom; 2007.

Sipser M. *Introdução à Teoria da Computação*. 2a edição. Editora Cengage Learning, 2015.

Stahl SM. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. Voeux PL, translator. Oliveira IR, revisor. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

World Health Organization. *Internacional Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision (ICD-11)*. Version: 05/2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2019/2021. [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://www.who.int/browse11/l-m/en>

World Health Organization. *Mental, Behavioral or Neurodevelopmental Disorders*. In: World Health Organization. *Internacional Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO; 2019/2021. [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://www.who.int/dev11/Downloads/Download?fileName=refguide.pdf>