

# O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E O PROCESSO DE DESMEDICALIZAÇÃO: PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO A PACIENTES PSICÓTICOS EM TRATAMENTO

(2008)

**Giane Alves de Melo**

**Assis Cunha**

PUC MG - Unidade São Gabriel (Brasil)

**Contactos:**

[gimelloo@gmail.com](mailto:gimelloo@gmail.com)

---

## RESUMO

Este artigo convida o leitor a uma reflexão, a respeito da desmedicalização de pacientes psicóticos em tratamento psiquiátrico em uma ONG (Organização Não Governamental) na cidade de Belo Horizonte. Questiona acerca do que se deve levar mais em conta em uma discussão de casos clínicos: o diagnóstico diferencial ou a gradual desmedicalização dos pacientes, sendo auxiliada ou até mesmo substituída pela psicoterapia. Baseado em textos científicos e respaldado pelas Teorias Psicanalítica e Existencial Humanista, este artigo foi construído para gerar provocações e transformações no âmbito da Psiquiatria, da Psicologia, da Psicopatologia e da saúde mental, interdisciplinarmente.

**Palavras-chave:** Psicóticos, medicação, diagnóstico diferencial, acolhimento, tratamento

---

“... ajudar alguém a se ver, a se conhecer, a tomar posse de si mesmo é algo que sem uma profunda humildade dificilmente poderá acontecer”. (Ribeiro, 1986)

## INTRODUÇÃO

As questões mais instigantes e desafiadoras encontradas na dimensão prática do estágio VI, no 6º período de Psicologia na PUC MG – unidade São Gabriel, foram com relação ao

diagnóstico diferencial e à desmedicalização. Na prática, especificamente durante a discussão dos casos clínicos, a preocupação com a gradual desmedicalização do acolhido em tratamento na Laço<sup>1</sup>, sendo auxiliada ou até mesmo substituída pela escuta clínica, deveria ser mais importante que o diagnóstico diferencial em si, por se tratar de estágio em Psicologia e não em Psiquiatria. É indiscutível a importância de se diagnosticar a patologia para uma condução eficaz no tratamento dos pacientes em saúde mental, além de agregar experiências na bagagem acadêmica. Porém, é dada muita ênfase ao diagnóstico e pouco se fala em desmedicalizar.

É iminente que a maioria dos pacientes psiquiátricos compareçam à Laço com o intuito de obter medicação, e saem de lá, digamos que “vitoriosos”, pois apresentam a queixa e recebem a “resposta-remédio”, seja ela uma receita ou a remarcação de uma próxima consulta, num circuito ininterrupto de **queixa - saber médico - solução**. Vejo na medicação um eficaz recurso que contribui para a estabilização dos pacientes, porém aos pacientes que vão somente com o intuito de adquirir o medicamento, os vejo como “derrotados”, diante da dependência química. Em contrapartida, é gratificante poder acompanhar o processo evolutivo de um acolhido psicótico, por exemplo, outrora totalmente desinvestido, agora criando laços e fazendo amigos através das oficinas, num avanço conquistado através da interação social e, sem levar em conta neste momento, o auxílio do componente fármaco.

### **Conhecendo a Laço**

A Laço – Associação de Apoio Social é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 2002, que há mais de oito anos atende a população do Aglomerado da Serra, um dos maiores bolsões de pobreza da capital mineira.

Conduzida pela psiquiatra Inês Julião, a Instituição tem como Principal objetivo deslocar a demanda assistencialista para um tipo de trabalho co-responsável. Essa ONG, em harmonia com a filosofia da Reforma Psiquiátrica busca substituir o tratamento convencional - centrado no uso de medicamentos - se propondo a oferecer aos seus usuários, oportunidades de formação, de capacitação e de geração de renda.

A Laço contribui para a construção do inter-relacionamento das pessoas, permitindo assim a inclusão social a partir de suas produções, buscando na potencialidade de cada um, a resposta para o próprio destino. Para tanto, a Laço oferece as seguintes atividades:

- Grupo História em Movimento - apresentação de estórias, músicas, e teatro.

---

<sup>1</sup> Laço – Associação de Apoio Social é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 2002, que há mais de oito anos atende a população do Aglomerado da Serra, um dos maiores bolsões de pobreza da capital mineira.

- Atendimento psiquiátrico (Dr<sup>a</sup> Inês e Dr. Eduardo);
- Atendimento psicológico e acolhimento (estagiários de Psicologia);
- Acompanhamento dos estagiários de serviço social (Mariângela); e
- Oficinas de rádio, jardinagem, Informática e bordado.

## **O Acolhimento**

- O estagiário deverá fazer o acolhimento tendo em vista o formulário proposto pela Laço; (*anexo 1*)
- Cada estagiário atenderá inicialmente um paciente, podendo, eventualmente, atender mais, de acordo com sua disponibilidade;
- Após as entrevistas, o estagiário deverá entregar uma via dos relatórios para arquivamento na Laço. A outra via deve ser digitada e re-encaminhada por e-mail ao banco de dados da Laço;
- Semanalmente, no dia das entrevistas, haverá uma reunião clínica com participação dos estagiários para discussão e esclarecimento de dúvidas;
- Ao término do semestre, o estagiário apresentará um trabalho escrito a respeito de um caso clínico, a partir do qual ele conseguiu formular alguma questão para ser elaborada. Esta apresentação poderá conter: comentários e impressões sobre o acolhimento, comentário sobre os tipos de demanda apresentados, dificuldades encontradas etc.;
- Este atendimento deverá ser supervisionado por um profissional experiente.

## **O Diagnóstico Diferencial**

O conceito dicionarizado da palavra diagnóstico é: *capaz de discernir, conhecimento ou determinação de uma doença pela observação dos sintomas, conjunto dos sintomas que servem de base a essa determinação*. O diagnóstico diferencial é um dos recursos iniciais que lançamos mão no tratamento de patologias mentais, pois, como diz o senso comum: fica mais fácil vencer a batalha quando o inimigo é conhecido, ou seja, de posse das informações necessárias a respeito de que doença se trata, é possível prognosticar um tratamento eficaz. O diagnóstico diferencial nos permite identificar e classificar uma doença numa gama de possibilidades.

Segundo o Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro (IPRJ), na Psiquiatria mais restrita ao paradigma médico, o diagnóstico é um ato de observar corretamente um sinal e, a partir do saber

do médico, atribuir a este sinal seu verdadeiro significado, disponível na nosografia. Nesse paradigma, o sintoma é como um significante à espera do seu verdadeiro significado. Já no trabalho de recepção apresentado nos Cadernos da IPUB, Vol. VI, nº. 17, aposta-se que o sintoma tem um sentido ligado à experiência do sujeito. O sintoma não encontra sua verdade na nosografia, mas na relação particular do sujeito com ele. Só por isso se pode dizer que o sintoma não é assunto estritamente médico e pode-se falar em desmedicalizar.

Galli (2008), diz que em qualquer diagnóstico há sempre uma visão do mundo antes do mundo, uma teoria antes de uma pessoa, um saber antes de um acontecer. Importante, então, enfatizar que o que deve ser identificado e classificado é a patologia e não o portador do sofrimento mental, pois cada ser humano é único. A mesma doença pode e manifesta-se de formas diversas, pois cada paciente tem sua história peculiar. Ao invés de classificarmos o paciente num quadro de doenças psíquicas, devemos identificar e analisar as contingências que atuam nesta pessoa, produzindo tal sofrimento.

Como explica Angerami (1984) *apud* Tenório, a pessoa doente é antes de tudo uma pessoa que sofre, que precisa em primeiro lugar ser compreendida a partir de seus sentimentos, sensações, emoções, enfim, de tudo que por ela é vivenciado. A pessoa, no processo diagnóstico, deve ser apreendida como sendo um fenômeno único e, como tal, respeitada em sua totalidade; não deve, portanto, ser avaliada segundo normas e padrões de comportamento preestabelecidos, numa total revelia a sua própria existência. Seu nível de crescimento ou de maturidade deve ser dimensionado por meio dos projetos de vida por ela própria idealizados e de acordo com seu próprio mundo e contexto existencial.

O Existencialismo, em sua exuberância, mostra que a existência é um contínuo *vir a ser*, um *sempre ainda não*, com a possibilidade de um *poder ser*. Desse modo, é totalmente inaceitável a rotulação do ser humano, aprisionando-o dentro de determinadas categorias diagnósticas. A adequada descrição fenomenológica do mundo particular, singular e concreto do sujeito e de sua situação atual tem de apoiar-se numa aproximação que procure apreendê-la em sua totalidade.

Ao psicoterapeuta cabe ter conhecimento da existência do paciente ao longo de sua história de vida, acompanhar as relações que ele estabelece com e em seu mundo, para então poder inferir acerca de seu padecimento.

“falamos eloqüentemente do mundo em que estamos, mas não sabemos falar do mundo que somos, de nós mesmos, dos nossos sonhos, dos nossos projetos mais íntimos... o ser moderno é prolixo para comentar o mundo em que está, mas emudece diante do mundo que é”. (Cury, 2006)

Esta reflexão de Augusto Cury<sup>2</sup> ilustra bem o que muitas vezes acontece na clínica. O paciente diante de seu sofrimento, não consegue ou se recusa a falar do mundo que é, ou seja, de seus sentimentos, seus sonhos, projetos futuros etc. sabe-se que é característico, e até mesmo um sinal psicótico, a omissão de informações que remetem ao foco do sofrimento do sujeito. Alguns pacientes dizem não se lembrarem de fatos relevantes sobre sua infância, convívio com os pais e demais familiares, histórias amorosas, relações de amizade e outros assuntos que envolvem seu mundo circundante, até mesmo como uma forma de defesa. Tais informações poderiam auxiliar no diagnóstico e a omissão delas sugere a desconfiança, por parte do terapeuta, de que pode haver algo importante ocultado na omissão.

De acordo com os conteúdos discutidos e aprendidos na supervisão e durante a prática do Estágio VI, o sofrimento é uma forma de simbolizar e as alucinações e delírios podem surgir como dispositivos de defesa do sujeito, diante do sofrimento.

Em pessoas que possuem uma estrutura psicótica, qualquer fato pode desencadear uma crise, como em um caso apresentado na Laço, em que uma paciente presenciou a um assassinato e alucinou que a vítima era seu filho. Ela tentou intervir e quase foi violentada pelo agressor. Este fato fez com que a paciente surtasse e precisasse de cuidados psiquiátricos. Em casos como este, o manejo terapêutico tem função estabilizante, mas faz-se necessário que o médico esteja inteirado da história do paciente para não errar no diagnóstico, segundo a psiquiatra responsável pela condução das reuniões após os atendimentos médicos e psicológicos na Laço.

Segundo Tenório (2004), O conceito de homem dentro do enfoque fenomenológico-existencial da psicopatologia é como um ser pluridimensional, livre, inserido em um mundo dotado de sentido particular, aberto às suas possibilidades, consciente de sua finitude e de sua responsabilidade perante suas escolhas, capaz de inventar e cuidar de sua própria existência mediante a práxis. Partindo desta visão de homem, a autora afirma que a psicopatologia vai se manifestar por meio de uma vivência de sofrimento onde a pessoa se sente vítima e presa a um destino sombrio e a uma existência destituída de realizações gratificantes e prazerosas. Sem liberdade de escolha, a pessoa vive a sensação de estar encurralada pelas circunstâncias da vida, sentindo-se impotente para modificá-las, submetendo-se a elas, num sacrifício alienante e inevitável. Nesse processo de sofrimento, a pessoa perde o contato com as possibilidades existentes no campo organismo/meio, percebendo a si mesma e ao outro de forma distorcida.

Nas alucinações e nos delírios há muita criatividade por parte do psicótico, como diria Salvador Dali: *“A única diferença entre um louco e eu, é que eu não sou louco”*. Um traço característico da loucura é a explicitação da criatividade e isso é explorado positivamente nas oficinas da Laço. Os pacientes interessados extravasam sua criatividade através do artesanato, da pintura, da música e de outras atividades desenvolvidas nesta ONG.

---

<sup>2</sup> Médico-psiquiatra, pesquisador da mente humana e autor de vários livros. Criador da Teoria da Inteligência Multifocal.

## A Desmedicalização

“para nós cura não é solucionar problemas... é acreditar em nós mesmos, no outro e no mundo”. (Galli, 2008)

A palavra *Psiquiatria* deriva do Grego e quer dizer "arte de curar a alma", porém, quando o assunto é a cura psíquica, pode-se até mesmo pensar em uma utopia romântica ou em um objetivo distante, mas devemos acreditar e buscar. Pesquisando na literatura da saúde mental, pouco se encontra a respeito de cura. Falam-se em ter cautela para falar de cura, pois é um tema problemático, outros autores dizem que é preciso saber se a pessoa *está* doente ou *é* doente, para depois se falar em cura. Ainda outros usam termos como *reorganização de elementos culturais, sociais e psicológicos*, mas a expressão significativa mais próxima que se acha é *tratamento bem-sucedido*.

Parece que a meta principal do tratamento em saúde mental é o alívio do sofrimento e o bem-estar psíquico do paciente, mas porque não acreditar na cura?

Segundo Fernandes (2000), um nível além da discussão sobre Foucault e em conjunto com os antipsiquiatras vem a possibilidade de cura da loucura. Quando se acredita que a loucura é um sintoma de uma alteração biológica inerente à pessoa, a cura é uma impossibilidade virtual. Concordamos que uma parte das pessoas com distúrbios psíquicos realmente sofrem uma alteração do Sistema Nervoso, quando esta é presente ou latente desde o nascimento. Nestes casos poderíamos falar de cura, pois o cérebro pode ser desenvolvido e modelado pela aprendizagem (plasticidade cerebral). Talvez, então, não seriam tão inacessíveis assim, a psicanálise e a (re)-construção psíquica de si mesmos.

O foco deste estudo é especificamente o diagnóstico diferencial e a desmedicalização de pacientes psicóticos em tratamento. De acordo com a francesa Elisabeth Rudinesco, membro da Sociedade Internacional de História da Psiquiatria e psicanálise, os psicotrópicos suprimem por algum tempo os sintomas das doenças, mas estes tendem a se manifestar novamente. Já está provado, segundo ela, que, principalmente em casos de obsessão, mania e fobia, os remédios não resolvem. A própria busca da espiritualidade serve como psicoterapia.

Criticar a medicação parece muito fácil, propor a desmedicalização é, sem dúvida, polêmico. Sugiro, portanto, subjetivar, ou seja, tratar não apenas da doença, mas cuidar, acolher a quem sofre; humanizar o atendimento, acompanhar o contexto em que o paciente está inserido e buscar, de alguma forma, intervir, talvez na dimensão familiar ou laboral, para que haja uma

melhora significativa do paciente. Podemos propor mudanças no funcionamento institucional e principalmente das concepções clínicas, afirmando uma clínica que visa o sujeito.

### **A Pedra da Loucura X A Pedra da Cura**

Na Idade Média acreditava-se que existia a “pedra da loucura”, que ficava alojada no cérebro do desarrazoado. E através de técnicas bárbaras - como introdução de pinças enormes no ouvido do paciente, furos no crânio com pregos (sem esterilizar e sem anestesia, o que naquela época nem existia), ingestão de secreções e excremento humanos, camas que chacoalhavam sem parar, dentre outras - tentavam-se extraí-la para libertar o doente daquele mal.

O tratamento hospitalocêntrico na Idade Média e na Modernidade era muito desumano. Muitos dos pacientes eram abandonados sem as mínimas condições de sobrevivência, em verdadeiros “depósitos de excluídos”. A religião e os filósofos, e posteriormente a medicina é que detinham o poder sobre o controle da loucura, até que um médico italiano (Franco Basaglia) juntamente com outros trabalhadores em saúde mental deu início à Reforma Psiquiátrica, que objetiva a desospitalização, com a implementação de serviços substitutivos, para uma sociedade sem manicômios. Entretanto, isso é um longo assunto a ser discutido em uma próxima oportunidade, para não sairmos do nosso foco.

Atualmente, as práticas de extração da suposta pedra da loucura não subsistem, mas com o avanço farmacológico, existe, porém, a prática de inserção do que poderíamos chamar de “pedra da cura”, metaforizada no Haldol, na Amitriptilina, no Akineton, no Biperideno e em tantos outros. Com o manejo terapêutico, os pacientes são submetidos a um arsenal medicamentoso, que lhes embotam o humor para mantê-los estabilizados e sem crises.

Na Conferência *“Uma Subjetividade Sem Sujeito”*, em Belo Horizonte, o psicanalista lacaniano, Erick Porge afirmou que muitas doenças, como o exemplo citado por ele na palestra, do TDAH (Transtorno do Déficit e Atenção por Hiperatividade) é uma invenção da indústria farmacêutica, com o intuito meramente comercial. Ele acrescentou em tom sarcástico que o nome do medicamento utilizado no tratamento do TDAH é Ritalina, em homenagem ao nome (Rita) da esposa do dono do laboratório farmacêutico. - *“Romântico, não!?”*, disse ele.

### **Práticas de Acolhimento Psicológico na Laço**

“quanto aos valores do terapeuta, a neutralidade não deixa de ser um mito; a postura psicoterapêutica não anula sentimentos, vontades, mas exige que o mundo interior do psicoterapeuta não influencie ou oriente o mundo do cliente. Vem daí a importância de o terapeuta ter passado pelo seu próprio processo para estar com o cliente em uma relação fluida, espontânea, sem contaminação pela sua realidade interna” (Faleiros, 2004)

O acolhimento psicológico como parte das atividades do Estágio VI é realizado todas as terças-feiras, dia em que a maioria dos pacientes da Laço são psicóticos estabilizados. Inicialmente, a equipe de estagiários é apresentada aos pacientes e parceiros da instituição, presentes na rádio oficina e logo em seguida os psicólogos em formação são designados a acolher aos pacientes que aguardam a consulta médica. O local onde acontece o acolhimento é ao ar livre, em meio a árvores, flores e animais silvestres. Um ambiente tranquilo e relaxante, que facilita o *rapport* e propicia a relação transferencial entre as partes envolvidas no acolhimento.

Segundo Calligaris (1989), é na transferência que o discurso do paciente organiza, a partir do lugar no qual o paciente coloca o “terapeuta” é que um diagnóstico é possível, é que uma clínica da psicose é possível.

Alguns pacientes comparecem acompanhados de um responsável, que na maioria das vezes, colabora fornecendo informações relevantes para uma boa elaboração do caso clínico.

O formulário do *anexo 1* é preenchido com o intuito de atualizar os arquivos da Laço, mas o objetivo principal é a escuta clínica, para que o acolhido fale de sua queixa principal e exponha, caso queira, seu sofrimento.

A postura dos técnicos frente aos acolhidos é de ouvintes passivos, não cabendo aconselhar, porém argumentar e questionar acerca do sofrimento. Pequenas intervenções são efetuadas para fazer com que o acolhido reflita, na tentativa de implicar o sujeito em seu sintoma, para quem sabe, desmedicalizar a queixa e subjetivar a demanda.

Este trabalho tem crescido muito na bagagem empírica dos estagiários. Através dos casos estudados com a equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, assistente social e parceiros da instituição, aprende-se muito sobre a estrutura psicótica, as subdivisões da psicose, os sintomas, a nomenclatura correta a ser transcrita nos relatórios, a avaliação das funções psíquicas etc. Além do manejo no acolhimento e no tratamento humanizado, como por exemplo, deixar o paciente falar sobre sua angústia somente se ele desejar. Pois, se insistir, pode piorar o quadro clínico ao invés de melhorá-lo.

A clínica psicanalítica é estrutural, ou seja, fundada na transferência. Isso permite um diagnóstico de psicose mesmo na ausência de qualquer crise, como no caso clínico de S. S. S., uma jovem senhora que leva uma vida aparentemente normal; trabalha, cuida dos filhos e do esposo, mas acredita piamente ser perseguida pela vizinha (delírio persecutório). Ouvindo esta paciente em qualquer outra situação, senão na clínica, diria que ela não tem problema psicológico

algum, porém, a prática psicanalítica permite, em casos como este, prognosticar uma paranóia e tentar evitar uma crise.

Outro caso interessante que não poderia ficar excluído é o de P. C. E. C., um senhor quase idoso, que lembra muito o personagem *Tom dez segundos*, do filme “Como se Fosse a Primeira Vez”, (2005). Ele mal acaba de contar uma história e recomeça novamente, seu pensamento funciona em círculos e a todo o momento ele se esquece do que está falando. A ausência de sustentação do discurso é um sintoma da psicose e para conduzir este paciente a um outro assunto, é preciso intervir, fazendo perguntas sobre outros temas. Este senhor no início do tratamento era ansioso a ponto de ferir a cabeça de tanto cutucá-la com os dedos, mas o processo terapêutico lhe tem feito muito bem e as feridas já estão cicatrizando, porque ele tem conseguido se controlar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a elaboração deste artigo foi necessário um trabalho investigativo prazeroso sobre temas particularmente estimulantes. Privilegiei autores contemporâneos, sem o propósito de desmerecer aqueles que já se foram, como, por exemplo, Freud, Lacan, Jaspers, dentre outros, pois suas contribuições à ciência são dignas de grande mérito, mas eles já viveram seus momentos de glória e foram imortalizados através de suas Obras. Sinceramente valorizo idéias novas e jovens autores emergentes.

A pesquisa realizada ampliou o campo de visão sobre as doenças psíquicas, da nomenclatura das patologias da mente humana e do uso correto de termos específicos das áreas Psis, enriquecendo os conteúdos teórico e técnico. As questões principais abordadas sobre o diagnóstico diferencial e a desmedicalização poderão servir para propor transformações e um atendimento cada vez mais humanizado nos serviços substitutivos ao modelo hospitalar, no funcionamento institucional e principalmente nas concepções clínicas.

As situações experimentadas na prática do Estágio VI foram marcantes e a interação com os profissionais e colaboradores da Laço facilitou o desenvolvimento do trabalho acadêmico, tornando-o mais aprazível. Todo conhecimento adquirido certamente nos proporciona meios para sermos bons profissionais, confiáveis e verdadeiramente úteis.

Espero ter somado experiências ao Estágio da PUC e ter colaborado com a Laço na execução das tarefas a mim confiadas. Almejo, destemidamente, contribuir para que a Psicologia e a Psicopatologia busquem cada vez mais focar seu objetivo na cura e não apenas em qualidade de vida dos sujeitos.

Acredito na funcionalidade da Reforma Psiquiátrica, espero ver e viver a vitória da Luta Antimanicomial e enalteço a atitude de pessoas como Dr<sup>a</sup> Inês e de instituições como a Laço, que

respeitam seus pares em suas limitações e cuidam com amor desinteressado daqueles que, embora por muitos marginalizados, são sujeitos de qualidades, necessidades e possibilidades.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CURY, Augusto Jorge. **Análise da Inteligência de Cristo, vol. 1. O Mestre dos Mestres: Jesus. O maior Educador da História**. Rio de Janeiro: Ed. Sextante, 2006, pág.65.

FALEIROS, Elizabeth Amélio. **Aprendendo a Ser Psicoterapeuta**. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 2004, 24 (1), 14-27.

FERNANDES, Daniel Augusto. **A Cura da Loucura ou A Loucura da Cura**. Disponível em <http://www.geocities.com/daftm/loucura.html>, acesso em 27/10/2008.

GALLI. Loeci Maria Pagano. **Psicopatologia Fenomenológica**. Disponível em <http://www.igestalt.psc.br/trab.htm>, acesso em 09/10/2008.

PORGE, Erick. Conferência: **Uma Subjetividade Sem Sujeito**. Belo Horizonte, em 06 de Novembro de 2008.

RIBEIRO, J. P. **Teorias e Técnicas Psicoterápicas**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986. In FALEIROS, Elizabeth Amélio. **Aprendendo a Ser Psicoterapeuta**. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 2004, 24 (1), 14-27.

TENÓRIO, Carlene Maria Dias. **A Psicopatologia E O Diagnóstico Numa Abordagem Fenomenológica-Existencial**. Universitas Ciências da Saúde - Psicopatologia na fenomenologia-existencial. Vol. 01 n.01 - pp. 31-44

Cadernos IPUB. **A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental**. Vol. VI, N°. 17, 2000.

Dicionário eletrônico disponível em [http://www.priberam.pt/dlpo/definir\\_resultados.aspx](http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx), acessos entre out e nov/2008.

Regimento Interno da Laço.

<b>Anexo 1</b>
----------------

**LAÇO**  
 Associação de Apoio Social

**Ficha de Acolhimento**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Cor:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_ **Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Nível sócio-econômico:** \_\_\_\_\_ **Responsável:** \_\_\_\_\_ **Encaminhado por:** \_\_\_\_\_

**Situação funcional** (se trabalha fora ou exerce alguma atividade que gera renda; se recebe benefício do INSS):

**Contribui na renda familiar?** \_\_\_\_\_ **Queixa principal:** (o que traz o paciente à consulta)

**Histórico:** (como e quando teve início a queixa do paciente, o que ele considera que causou o problema), Perguntar sobre tristeza, desânimo, inapetência, insônia, cuidados com o corpo (higiene), desconfiança, idéias delirantes, alucinações auditivo-verbais, alteração de memória, tentativa de suicídio, homicídio, outras doenças.

**História progressa:** desenvolvimento (dados importantes da infância e adolescência), convulsões, doenças físicas.

**Internações anteriores ao início de tratamento na Laço:**

**Internações posteriores ao início de tratamento na Laço:**

**História familiar:** (fatores hereditários, relacionamento do paciente com familiares).

**História escolar:** (interesse, relacionamentos, interrupções).

**Trabalho:** (tempo de permanência no trabalho, interrupções).

**Vida afetivo-sexual:**

**Interesses, atividades sociais** (o que gosta de fazer):

**Uso de álcool e drogas:** \_\_\_\_\_ **Condições de Moradia:** \_\_\_\_\_ **Interesse na Laço:** \_\_\_\_\_

**Medicações que faz uso:** \_\_\_\_\_ **Proposta de troca com a Laço:** \_\_\_\_\_

**Impressão Diagnóstica:**

**Tratamento:**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Técnico:** \_\_\_\_\_