

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

VANESSA GOMES DA SILVA

TRANSTORNO DISSOCIATIVO: UM ESTUDO DE CASO

JOÃO PESSOA – PB

2023

VANESSA GOMES DA SILVA

TRANSTORNO DISSOCIATIVO: UM ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Orientador: Me. Roberto Mendes

JOÃO PESSOA – PB

2023

VANESSA GOMES DA SILVA

TRANSTORNO DISSOCIATIVO: UM ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Aprovado em:

Dr. Roberto Mendes dos Santos

(Orientador – Professor de Psiquiatria na FAMENE)

Dr. Arlindo Félix da Costa Neto

(1º Membro – Professor de Psiquiatria na FAMENE)

Dr. Yokebedh Neri Onias

(2º Membro – Professora de Psiquiatria na FAMENE)

AGRADECIMENTOS

A Deus, a meus pais e a Beatriz, por me tornarem quem sou.

Aos mestres e colegas destes três anos de jornada, pelo crescimento acadêmico-profissional, mas, especialmente, pela generosidade e pelo olhar humano.

RESUMO

Os transtornos dissociativos (TD) são caracterizados pela perda completa ou incompleta das funções normais, como consciência, memória, identidade, sensações e movimentos corporais. Dentro dos tipos de TD temos os transtornos dissociativos de identidade, fuga e amnésia dissociativa. Diante disso, este trabalho objetivou descrever o caso de um paciente com transtorno dissociativo. A metodologia utilizada foi um estudo de caso, na qual podemos utilizar fontes de informações, como prontuário e entrevista com o paciente. O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de outubro a dezembro de 2022, utilizando as bases de dados LILACS, PubMed, Scielo, Medline, através dos descritores transtorno dissociativo, transtorno psicótico e transtorno bipolar, conectados pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram artigos publicados na íntegra, condizentes com a temática do estudo e publicados entre os anos (2000 – 2021). Após coleta e análise das informações evidencia-se que a paciente, durante o período de puerpério, apresenta um quadro de dissociação, no qual durante a investigação foi declarado caso de abuso sexual sofrido pela mesma. Este estudo permitiu perceber que o transtorno dissociativo é complexo, por conta de sua sintomatologia diversificada e de escassez de estudos abordando o tema.

Palavras- chave: Transtorno dissociativo. Histeria. Dissociação.

ABSTRACT

Dissociative disorders (TD) are characterized by the complete or incomplete loss of normal functions, such as consciousness, memory, identity, sensations and body movements. Within the types of TD we have dissociative identity disorders, fugue and dissociative amnesia. Therefore, this study aimed to describe the case of a patient with dissociative disorder. The methodology used was a case study, in which we can use sources of information, such as medical records and interviews with the patient. The bibliographic survey was carried out between October and December 2022, using the LILACS, PubMed, Scielo, Medline databases, through the descriptors dissociative disorder, psychotic disorder and bipolar disorder, connected by the Boolean AND operator. Inclusion criteria were articles published in full, consistent with the study theme and published between the years (2000 - 2021). After collecting and analyzing the information, it is evident that the patient, during the postpartum period, presents a condition of dissociation, in which during the investigation a case of sexual abuse was declared. This study allowed to perceive that dissociative disorder is a complex disorder, due to its diverse symptomatology and the scarcity of studies addressing the subject.

Keywords: Dissociative disorder. Hysteria. Dissociation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	10
2.1	OBJETIVO GERAL	10
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3.1	TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS.....	11
4	METODOLOGIA.....	16
5	RELATO DE CASO.....	17
6	DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	20
6.1	TRANSTORNO PSICÓTICO	22
6.2	TRANSTORNO BIPOLAR	24
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	27
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Os distúrbios dissociativos possuem como principal característica uma falha na integração da identidade, percepções, consciência e memória. A dissociação é multifacetada e varia entre uma absorção imaginativa até amnésia e fugas dissociativas (ALVARADO, 2005; KRIPPNER, 1997; MARALDI, 2014). Historicamente, a definição de transtorno dissociativo está relacionada à noção de histeria. Diferentes autores, como Charcot, Freud e Janet, concebiam que a histeria resultava de experiências traumáticas, que poderiam acontecer desde a infância (DALENBERG *et al.*, 2012).

Segundo Maraldi (2019), o trabalho de Janet (1889-2003) é considerado uma das principais contribuições acerca do estudo da dissociação. Os estudos de Janet abordavam a desagregação e os automatismos psicológicos, sendo a desagregação referente a série de fenômenos nos quais duas ou mais ideias, ações ou estados de consciência atuam independente, de forma fragmentária.

Um exemplo clássico de transtorno dissociativo foi relatado por Eberhardt Gemelin no final do século XVIII, em que no caso uma mulher alemã, por volta dos 20 anos de idade, mudou repentinamente a sua personalidade para de uma mulher idosa francesa, imitando e falando francês. Outro caso notável foi de Mary Reynolds, em 1815, no qual Mary foi encontrada em um sono profundo e ao despertar perdeu a memória e a fala. A história ficou tão conhecida que foi publicado um livro em 1889 intitulado *“Mary Reynolds: a case of double consciousness”*.

Os indivíduos com transtornos dissociativos relatam um conjunto de sintomas que mimetizam outros tipos de transtornos mentais, tornando o diagnóstico difícil (SPIEGEL, 2021). Em um estudo realizado nos EUA, por Johnson et al (2006), a prevalência do TD foi de 1,5%, revelando também que pode iniciar em qualquer idade e perdurar até a velhice.

De acordo com DSM-5 (2013) existem quatro subtipos de distúrbios dissociativos, sendo eles: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e transtorno de despersonalização. A fuga dissociativa caracteriza-se por viagens súbitas para longe de casa, vinculadas à inépcia de recordar a identidade pessoal; o de identidade relaciona-se ao indivíduo que apresenta diversas personalidades em uma única pessoa; e o de despersonalização, é descrito como um distanciamento do corpo e da mente.

Dentre os tipos de Transtornos Dissociativos (TD) tem-se, ainda, a amnésia dissociativa, a qual está relacionada com a perda de memória, não atribuída a transtornos mentais de origem orgânica, sendo essa amnésia parcial e seletiva, e podendo perdurar por anos (HUEB; PITTA,

2016). A principal etiologia dessa amnésia seriam questões traumáticas – mecanismo de defesa resultante de agressões e abusos, principalmente (FARIA, 2008; PUTNAM, 1989; STEINBERG, 1994).

Diante do exposto, essa pesquisa objetiva descrever o caso de uma paciente, S.F.S.X., 42 anos, com transtorno dissociativo. A temática em questão visa fomentar os estudos sobre a dissociação, visto que esse distúrbio, como já dito, não é facilmente diagnosticado. Portanto, contribuirá para a orientação dos profissionais médicos sobre a importância de identificar os distúrbios dissociativos que comumente são confundidos com outros tipos de transtornos, dificultando, assim, o processo terapêutico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o caso de uma paciente com Transtorno Dissociativo de Identidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre o Transtorno Dissociativo;
- Descrever sobre Transtorno Psicótico e Transtorno Bipolar como diagnósticos diferenciais;
- Diferenciar o Transtorno Dissociativo do Transtorno Psicótico e o Transtorno Bipolar.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS

Estudos epidemiológicos realizados há mais de 20 anos mostraram que desordens dissociativas têm sido subdiagnosticadas em grande parte dos países onde esses estudos foram realizados (YU *et al.*, 2010; DSM-5, 2013). No Brasil, poucos casos de TD foram relatados na literatura científica (MARALDI *et al.*, 2017). Contudo, tem-se observado, ainda que informalmente, um significativo aumento no interesse pelo tema e no número de relatos veiculados pela imprensa brasileira nos últimos anos (BELLONI, 2017; GOUSSINSKY, 2019; ANDRETTA; DELUCA, 2019).

Segundo a Sociedade Internacional para o Estudo de Trauma e Dissociação (2011), contabiliza-se que transtornos dissociativos podem ser encontrados em 1% a 3% da população, porém essa estatística é subestimada devido ao raro diagnóstico, ocasionado pela incompreensão e desconhecimento dos profissionais da saúde mental e a prevalência da amnésia dissociativa, em um estudo realizado nos EUA revelou o percentual a 1,8% em 12 meses (MARTINEZ, 2018).

Na década de 70 e 80, a comunidade científica foi desenvolvendo interesse por esse transtorno, havendo mais conscientização sobre ela. A sua prevalência estava relacionada ao impacto do abuso infantil, o transtorno de estresse pós-traumático, sendo estes, eventos importantes como causas da enfermidade (FARIA, 2016).

Os distúrbios dissociativos podem estar relacionados com estresse pós-traumático, advindo da infância e se tornando crônico ao longo da adolescência e vida adulta. Em consoante, Gabbard *et al.* (2006) apontam que o trauma produz a dissociação, considerada uma descontinuidade da consciência e memória, distorcendo o desenvolvimento da personalidade e da integração de vivência, percepções das emoções, suprimindo o desenvolvimento de habilidades metacognitivas que propiciam a reflexão crítica sobre o estado da mente.

Strasburguer (2015) relata um caso de paciente com TDI que durante 15 anos possuía o diagnóstico de cegueira cortical, porém, com tratamento psicoterápico, conseguiu recuperar gradualmente a visão. Ainda não existe uma etiologia estabelecida para o TD e sabe-se que a identificação desta patologia é rara e difícil, estando muitas vezes relacionada a um trauma sofrido pelo indivíduo.

Quando se trata do transtorno dissociativo, não se assume um protótipo como regra excludente entre casos tendo em vista a gama de peculiaridades estudadas desde o início da

doença. Como diz Hacking (2000), os distúrbios são constituídos de um grupo de sintomas e não, em geral, de condições necessárias e suficientes. Os casos de TD são muito diversos e possuem suas singularidades, porém a amnésia e a fuga dissociativa são características marcantes e relevantes para o diagnóstico. Esses atributos são também os principais sintomas que prejudicam áreas importantes como o funcionamento social e profissional da vida do indivíduo além da dor de cabeça forte, sonambulismo e pesadelos (MARTINEZ, 2018).

A despersonalização ou desrealização é também comum em pessoas que sofrem com TD. Esse sintoma afeta diretamente no modo como elas se relacionam com os demais indivíduos dos seus cotidianos. Seria como se sentir desconectado de si mesmo e incapaz de reconhecer a autoimagem. Como acompanhar os acontecimentos da própria vida de forma automática independente das próprias vontades. Até hoje existem casos relatados que dizem se ver fora do próprio corpo ou a si mesmo duplicado (fenômenos autoscópicos) (MARALDI, 2014).

De acordo com Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013), existem quatro tipos de transtornos dissociativos, diferenciados por critérios estabelecimentos no manual supracitado, sendo eles: a amnésia dissociativa, definida pela impossibilidade de recordar informações e memórias; fuga dissociativa, caracterizada por viagens súbitas para longe de casa, associada a inépcia de recordar a identidade pessoal; o transtorno dissociativo de personalidade, no qual o indivíduo apresenta personalidades distintas em uma única pessoa; e o transtorno de despersonalização, descrito como distanciamento do próprio corpo ou mente. Anteriormente ao DSM-4, os TD eram conhecidos como neurose histérica.

Durante muito tempo na história, os termos neurose e histeria confundiam-se, e englobavam não apenas sintomas neuróticos, mas também patologias ou psicoses, como por exemplo, Doença de Parkinson, epilepsia, catatonia, entre outras. Estudos realizados por Babinski (1901) constataram que a histeria não é uma doença que pode possuir uma definição anatomoclínica, sendo considerada por este como simulação (HENRY EY; BERNARD; BRISSET, 1985).

Em consonância com Henry Ey, Bernard e Brisset (1985), a histeria é uma neurose identificada pela hiperexpressividade somática das ideias, imagens e afetos inconscientes, sendo manifestado por sintomas psicomotores, sensoriais ou vegetativos, posto por Freud como uma neurose de histeria de conversão.

Para Freud, os pacientes histéricos teriam sofrido algum trauma durante a sua infância, sendo a sintomatologia da histeria uma representatividade da sua experiência traumática. Como

mecanismo de defesa contra eventos traumáticos, o indivíduo apresenta uma regressão, sendo esta, um retorno temporário ou a longo prazo, a um nível de desenvolvimento anterior ao que ele apresenta (JUNIOR; NEGRO; LOUZÃ, 1999).

O indivíduo histérico pode ser classificado com relação à estrutura da pessoa caracterizada pela psicoplasticidade, sugestibilidade e formação imaginária de seu personagem. Portanto, para a definição de histeria são essenciais dois elementos: conversão somática – a qual está relacionada à força inconsciente da realização plástica das imagens sobre o plano corporal – e a estrutura inconsciente e imaginária do personagem.

Para completar o quadro de um indivíduo histérico podem-se notar dois traços clássicos, sendo o primeiro o da repressão dos acontecimentos reais (amnésia), no qual as recordações reais são substituídas por lacunas de mentiras, afastando ou negando fatos da história de vida real e constituindo recordações fantasiosas. E o segundo, a inconsistência da pessoa, em que o ego do histérico não formou uma identificação da própria pessoa, assim, a máscara da histeria esconde o indivíduo completamente (HENRY EY; BERNARD; BRISSET, 1985).

Sabe-se que o diagnóstico da neurose histérica e dos transtornos dissociativos são complexos e difíceis, sendo geralmente relacionado a delírios de influência, mediúnicos ou de possessão. Até os dias de hoje, não existe tratamento farmacológico que cure o TD, porém alguns medicamentos podem ser utilizados junto com a psicoterapia para auxiliar no tratamento e garantir a segurança do paciente diante esse processo, como antipsicóticos para estabilizar o humor, moderar a ansiedade e os sintomas intrusivos (HENRY EY; BERNARD; BRISSET, 1985; FARIA, 2016).

A histeria é uma neurose no mais estrito sentido da palavra, ou seja, essa doença apresenta alterações perceptíveis do sistema nervoso, porém não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a revelar alguma dessas alterações (FREUD, 1996, p. 77). Em relação à histeria, Freud (1996, p.78) revela “que ela é um quadro clínico nitidamente circunscrito e bem definido, que pode ser reconhecido com bastante clareza nos casos extremos daquilo que se reconhece como “*grande hystérie*”.

Para Holmes (1997) o comportamento dos pacientes histéricos é caracteristicamente dramático, teatral, infantil, sedutor e, eventualmente, manipulativo: com certeza há casos nos quais as pessoas simulam doenças somáticas com tentativa deliberada de obter simpatia, benefícios ou evitar responsabilidade.

A clínica da histeria configura-se uma das bases principais da Psicanálise. Foi através de sua formação acadêmica na França, com Charcot, e seu trabalho conjunto com Breuer, que Freud vislumbrou os fenômenos da divisão psíquica, que o levaram a descoberta do

inconsciente. Ainda, foi tratando de histéricas que ele moldou a técnica e o método psicanalítico, propondo um tratamento através da palavra (REINERT *et al.*, 2016).

Em “*Estudos sobre a histeria*” (1895/1969), Freud e Breuer introduzem suas ideias sobre a doença, como sendo originária de uma fonte da qual os pacientes relutam em falar ou mesmo não conseguem discernir sua origem. Tal origem seria encontrada em um trauma psíquico ocorrido na infância, em que uma representação atrelada a um afeto aflitivo teria sido isolada do circuito consciente de ideias, sendo o afeto dissociado desta e descarregado no corpo (FERREIRA, 2012).

Através da hipnose, os pacientes conseguiam reencontrar a lembrança traumática, tendo assim a oportunidade de reagir a esta por suas palavras, aliviando seus sintomas. Desta forma, os autores denominam o isolamento das ideias de recalçamento, sendo que o local onde estas estariam escondidas seria uma espécie de segunda consciência, subordinada à consciência normal, na qual tais ideias estariam entrelaçadas numa forma associativa. Ao mecanismo de transformação dos afetos em sintomas somáticos, os autores denominam conversão, sendo o recalçamento a defesa usada contra as representações (FARINHA, 2009).

Em seus Estudos enquanto atendia uma paciente, Freud percebe que, ao falar das lembranças referentes ao pai ou ao namorado da mocidade, a perna direita da paciente doía; enquanto que quando versava sobre os fatos mais recentes de sua história, como a morte da irmã ou sobre os dois cunhados, a perna esquerda doía. Freud percebe que não se trata de um sintoma físico único, ligado a uma variedade de complexos mnêmicos, mas sim “um grande número de sintomas semelhantes, que pareciam, numa visão superficial, estar fundidos num único sintoma” (FREUD-BREUER, 1895/1969, p.174).

Freud concluiu que a histeria está ligada a conflitos relacionados à intimidade da vida psicossocial dos pacientes e que seus sintomas são a expressão dos mais secretos desejos recalçados. Esses desejos encontram-se no plano do inconsciente. Revelando – se sobre forma de sintomas que causam o adoecimento do corpo (FREUD, 1996).

Freud e Breuer assinalam que a memória do doente não preserva nenhum traço dos incidentes originais, e que se trata quase sempre de lembranças penosas que ele “[...] guardava, repelia, reprimia, fora de seu pensamento consciente” (p. 7). Os autores atribuem os fenômenos histéricos a uma “dissociação do consciente”, isto é, a uma “dupla consciência” ligada à presença de um “estado hipnóide” que constituiria o fenômeno fundamental da histeria. Em resumo, os sintomas histéricos seriam o resultado de um traumatismo grave – análogo ao de uma neurose traumática – que produziria uma repressão penosa – na qual o efeito sexual tinha

um papel –, cujo efeito seria uma “dissociação” de grupos de representações patogênicas (REINERT et al., 2016).

O conceito de dissociação remonta, dentro da psiquiatria, ao final do século XIX, quando Pierre Janet desenvolveu a expressão “dissociação mental” a partir de observações clínicas. Janet descreveu um fenômeno no qual eventos de vida traumáticos levavam pacientes a ter lembranças inacessíveis à consciência – lembranças dissociadas do restante da memória. Esses pacientes apresentavam, em função do fenômeno, alterações de identidade e consciência. Tais episódios poderiam ser revertidos, segundo observações clínicas de Janet, mediante hipnose, trazendo à consciência lembranças anteriormente inacessíveis, com melhora dos sintomas (DIAS; SANTOS, 2006).

Lewis (1977) mostra como alterações de consciência e identidade correspondem a alterações no status social dos participantes do culto. Isto corresponde a um ganho para indivíduos que são possuídos. Para o autor, “[...] no estado de possessão o paciente é pessoa altamente privilegiada: permitem-se-lhe muitas liberdades com aqueles que em outras circunstâncias têm de ser tratados com respeito” (p. 33). A literatura sugere que fenômenos dissociativos estão particularmente associados a uma multiplicidade de possíveis interpretações culturalmente estabelecidas

Algumas características psicopatológicas dos fenômenos dissociativos podem estar implicadas nesta possibilidade de trânsito por diferentes modelos explicativos. Kirmayer (1994) vê a dissociação como dois diferentes fenômenos: um comportamento e um mecanismo mental. Neste segundo caso, o processo envolve a perda de controle da integração de processos psíquicos. Segundo um modelo da psicologia cognitiva, existem diversos estados de consciência que se alternam normalmente. Desta forma, a dissociação está envolvida numa quebra da experiência que inclui alterações de identidade, da relação com o outro e da memória

A narrativa fragmentada é constantemente construída e reconstruída, reinterpretada e ressignificada ao longo do itinerário percorrido por aquele que dissocia. Nesse sentido, as categorias do DSM-5 discutidas inicialmente servem de elementos para um jogo social que envolve os pacientes (REINERT *et al.*, 2016).

4 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo utilizou-se, como metodologia, o estudo de caso, que permite ao pesquisador uma análise real da situação, adquirindo conhecimento científico para o processo de tomada de decisão. Com a coleta dos dados qualitativos, o método supracitado permite a descrição dos fenômenos no seu próprio contexto (NAUMES, 1999; YIN, 2009).

Segundo Yin (1989, p. 23), o estudo de caso pode ser conceituado como “[...] uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas”.

O estudo de caso permite a utilização de diversas fontes de informações, como por exemplo, o prontuário do paciente e levantamento bibliográfico. Diante disso, este último foi realizado entre os meses de outubro a dezembro de 2022, utilizando as bases de dados LILACS, PubMed, Scielo, Medline, através dos descritores transtorno dissociativo, transtorno psicótico, psicose puerperal e transtorno bipolar conectados pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram artigos publicados na íntegra, condizentes com a temática do estudo e publicados entre os anos (2000 – 2021).

Primeiramente para a elaboração dessa pesquisa executou-se uma leitura e estudo do prontuário, o qual contém dados sobre história da doença atual, queixas, antecedentes pessoais e familiares, posteriormente, informações obtidas foram analisadas e discutidas.

5 RELATO DO CASO

- **IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE**

S.F.S.X., 42 anos, branca, testemunha de Jeová, casada, mãe de duas filhas (2 meses e 11 anos), esteticista, com ensino superior completo, natural de Sapé-PB e procedente do Conde-PB.

- **QUEIXA PRINCIPAL**

“Ela não está falando coisa com coisa depois que teve bebê”

- **HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

Ao sétimo dia de puerpério de sua segunda filha, SFSX apresentou alteração abrupta de comportamento: agitação psicomotora, redução da necessidade de sono, desorientação auto e alopsíquica e discurso ora de conteúdo místico-religioso, ora de conteúdo persecutório. Tais sintomas surgiram ainda durante internamento hospitalar obstétrico, no qual se mantinha em razão de investigação clínica de sua filha recém-nascida, diagnosticada com síndrome de Down. Tais sintomas a impediam de prestar assistência à filha e motivaram a família a procurar ajuda psiquiátrica.

Realizou inicialmente consulta ambulatorial com psiquiatra da rede privada no décimo dia de puerpério, quando recebeu prescrição de haldol 10mg/dia.

Admitida ao hospital psiquiátrico no 11º dia de puerpério, apresentando-se irritada, e pulando imotivadamente, além de responder incongruentemente ao entrevistador. Vinha negligenciando cuidados pessoais de higiene e recusando alimentos e líquidos há 4 dias, apresentando-se, ainda, desidratada, embora mantendo seus sinais vitais sem alterações.

À admissão, foram aventadas as hipóteses diagnósticas de psicose puerperal e dissociação, iniciando-se o uso de haloperidol, prometazina e clonazepam, sendo, após, 1 semana, substituídos por Olanzapina e Fluoxetina. No vigésimo dia de internamento, iniciou quadro de rigidez motora, com dificuldade de deambulação – dependia que as cuidadoras a conduzissem pelas mãos para poder caminhar. Haja vista suspeita de distonia aguda, foram suspensas as medicações psicotrópicas e, depois, iniciados Fluoxetina, Ácido valproico e clonazepam, com os quais se manteve até a alta.

Nos primeiros dias, permanecia com olhar extático, por vezes ficava em pé sobre a cama, apresentava mutismo seletivo, fazendo menção de despir-se, oscilando entre demonstrações de tristeza e de euforia. Contenção química e mecânica reiteradas vezes, visto que apresentava frequentemente episódios de piora da agitação e comportamento bizarro ao final da tarde e noite. Permaneceu alimentando-se com ajuda de terceiros por vários dias.

Quanto ao aspecto clínico, apresentou ao longo dos dias elevações da pressão arterial (sendo iniciado metildopa), mastalgia (havendo sido realizada ordenha), edema em MMII e retenção urinária. Durante o internamento, foram aventadas as possibilidades diagnósticas de síndrome nefrótica, dada a retenção urinária associada a edema em membros inferiores. Um aspecto peculiar, entretanto, era o fato de que por algumas vezes a paciente apresentava diurese espontânea quando a equipe usava alguns elementos de “escambo” – a exemplo de algumas ocasiões em que a micção foi normal quando a equipe prometia dar-lhe acesso a redes sociais no celular.

Suspeitou-se, ainda, de distonia aguda e mesmo de síndrome neuroléptica maligna, visto que apresentou tremores, rigidez corporal e mandibular, embora em baixa dosagem de antipsicóticos quando do surgimento de tais sintomas. Tais tremores e rigidez também eram algo paradoxais, visto que em mais de uma ocasião a paciente oscilava entre correr sozinha pelos corredores e, pouco tempo depois, necessitar de ajuda para caminhar.

Permaneceu assistida por acompanhantes (na maior parte do tempo, amigas da igreja, que referiam que a SFXS estaria “rejeitando a bebê” e que sua família “não se interessava em ajudar”). Nas visitas familiares, entretanto, seu esposo demonstrava-se excessivamente preocupado e ansioso em relação ao quadro; relatando que a paciente, durante a crise, falava sobre arrependimentos em relação a seu passado.

Por volta do vigésimo dia de internamento, paulatinamente começa a recobrar a consciência, intercalando momentos de confusão com momentos de plena lucidez. Demonstrava perplexidade, questionando-nos o que havia acontecido e dizendo, com alguma frequência “que incrível, é como se eu estivesse no céu e na terra”.

A partir de então, a paciente nos contou que vivenciou infância conturbada, na qual tinha um relacionamento ruim com a mãe e sofreu episódios continuados de abuso sexual por parte de seu padrasto. Em razão disto, sua mãe deixou-a sob os cuidados de outra família, para quem havia trabalhado como empregada doméstica. Conta que, nos episódios de abuso, o padrasto interpunha a mão sobre seu nariz e boca, asfixiando-a. Diz que, desde então, tem “trauma” de situações que lhe remetem a afogamento ou asfixia. Acredita que tenha sido este o fator que a

fez “desconectar da realidade”, pois sua última lembrança antes do internamento psiquiátrico foi de afligir-se com um bebê engasgando-se na mesma enfermaria na qual estava sua filha.

A paciente recebeu alta no 33º dia de internamento, chegando a apresentar-se com a consciência plenamente recobrada dois meses após a alta, quando já havia tornado a exercer suas funções profissionais e sociais normalmente.

- **ANTECEDENTES PESSOAIS**

Os familiares relatavam que SFSX havia apresentado dois episódios semelhantes anteriormente, aos 15 e aos 20 anos, com remissão do quadro em poucos dias. Relatava-se, ainda, “crises convulsivas” desde a puberdade (iniciadas por volta dos 11 anos) com tratamento prévio com fenobarbital até cerca de 15 anos antes deste internamento, sem relatos de novas crises deste então. À ocasião, a família não soube precisar gatilhos emocionais imediatos relacionados aos episódios.

- **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

Realizou pré-natal adequado e apresentou sangramento no segundo trimestre, sem repercussões significativas. Seu parto foi cesáreo, a termo, sem intercorrências. Por volta da 12ª semana de gestação realizou ultrassonografia obstétrica com medida de translucência nugal na qual se aventou a possibilidade de a filha vir a ser portadora de síndrome de Down.

A primeira gestação transcorreu sem intercorrências, igualmente com parto cesáreo à termo.

- **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

Nega antecedentes relevantes.

- **BIOGRAFIA**

Nascida em cidade do interior próxima à capital (Sapé-PB), S.F.S.X teve infância difícil do ponto de vista financeiro e afetivo-familiar. Chegou a ser “doada” para ser criada pela família de um dos padrões de sua mãe por volta dos 5 anos – diz-nos que a mãe tomou essa medida para

tentar poupá-las dos abusos que sofria de seu padrasto, que, com frequência, a asfixiava no ato sexual para que ela não gritasse e chamasse atenção de outros. Refere que seu irmão mais velho também cometia o mesmo com ela.

Sobre sua “adoção informal”, nos diz que começou a perceber que “a diferença entre a riqueza e a pobreza estava no grau de conhecimento”, visto que a família adotiva tinha condição financeira bem melhor. Aos 9 anos, foi realocada para outra família, com a qual conviveu até casar-se com seu atual marido, aos vinte anos. Diz que, neste período no qual conviveu com outras famílias, sua mãe biológica só “aparecia de ano em ano”. Tem muitas mágoas em relação à figura materna, especialmente porque diz não ter sido acolhida em sua conversão religiosa para a religião das testemunhas de Jeová.

Refere que “o casamento não era bom”: inclusive, durante o internamento, seu esposo foi preso por denúncias de que estaria cometendo abusos sexuais contra a própria filha. Tal evento não foi relatado à paciente durante o internamento, por decisão da família – mãe e irmãos.

- **SÚMULA PSICOPATOLÓGICA:** À admissão, a paciente apresentava-se com cabelos desgrenhados e em mau estado de higiene geral. Lúcida, aparentando desorientação têmporo-espacial, demonstrava-se suspicaz e arredia à abordagem em sua atitude; humor disfórico, hipervigil e hipotenaz, evidenciando aparente atividade alucinatória. Ausência de insight de morbidade.
- **HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS PSIQUIÁTRICAS (CID – 10):** F44.8 (Transtorno dissociativo de identidade).
- **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:** F23 + F31.2

6 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

6.1 TRANSTORNOS PSICÓTICOS

A psicose é uma alteração no estado mental caracterizada por um prejuízo claro no teste de realidade, em que os pensamentos e fantasias do paciente são percebidos como acontecimentos reais, independentemente da verificação objetiva (SCHWARTZ; WEATHERS, 2010). Diagnósticos de primeiro episódio psicótico podem ser realizados em emergência psiquiátrica e têm importantes implicações terapêuticas e prognósticas (DEL-BEM *et al.*, 2010).

Entre as classificações diagnósticas atuais, a definição do termo psicótico se restringe basicamente à presença proeminente de delírios e/ou alucinações e/ou discurso desorganizado e/ou comportamento desorganizado (incluindo catatônico), com ausência de insight (introspecção) do paciente para a natureza desses sintomas, caracterizando um amplo comprometimento do juízo crítico da realidade. Um aspecto fundamental a ser considerado no diagnóstico diferencial de um primeiro episódio psicótico é o fato de que sinais e sintomas psiquiátricos podem ser manifestações de outras condições que não necessariamente um transtorno mental primário, como condições clínicas e neurológicas e deixar de diagnosticá-las tem sérias implicações para o adequado manejo do caso (SOUZA, 2017).

A fase aguda é a “psicose” propriamente dita, definida por alucinações, delírios, discurso desorganizado e comportamento desorganizado ou catatônico, e é geralmente durante essa fase que a paciente procura ou é levado à emergência psiquiátrica (SCHWARTZ; WEATHERS, 2010). Os delírios são pensamentos confusos que geralmente envolvem a má interpretação das percepções ou experiências; alucinações são percepções sensoriais que não são baseadas na realidade, e podem ser olfatórias, visuais, táteis, auditivas ou até, gustativas; já o discurso desorganizado ocorre quando o paciente já não expressa frases estruturadas e coerentes. Também pode haver comportamento bizarro e sexualmente inapropriado (GOMES, 2018).

Inicialmente o diagnóstico deve ser sindrômico, sendo a sua confirmação dependente da exclusão de condições clínicas médicas gerais, incluindo-se causas orgânicas (quadros neurológicos e infecções) e quadro induzido por uso de substâncias (drogas e medicamentos). Excluindo-se uma dessas causas, dentre os distúrbios psiquiátricos que causam sintomas

psicóticos estão: os transtornos de humor, transtornos psicóticos e outros transtornos (GOMES *et al.*, 2018).

Em muitas situações o paciente em surto psicótico também está agitado ou agressivo, requerendo imediata avaliação e podendo necessitar de urgente contenção ou intervenção medicamentosa (SCHWARTZ; WEATHERS, 2010). Por outro lado, o paciente que já chega contido também deve ser avaliado imediatamente para saber se a contenção física é realmente necessária. A contenção mecânica deve ser feita pelo mínimo tempo necessário, sendo que o paciente deve ficar em avaliação constante durante o procedimento (GOMES *et al.*, 2018).

O tratamento tradicional em pacientes psicóticos envolvia altas doses de haloperidol. Ao longo do tempo essas doses foram reduzidas devido aos efeitos adversos como, por exemplo, a distonia. Os antipsicóticos continuam sendo a base de tratamento em muitos departamentos de emergência. Esses medicamentos são classificados em típicos e atípicos; os típicos, como a clorpromazina e o haloperidol, tendem a causar efeitos extrapiramidais (distonia, parkinsonismo, acatisia e discinesia tardia) em doses terapêuticas; os atípicos quase não causam esses efeitos adversos, mas podem causar uma gama de outros efeitos colaterais (RODRIGUES, 2018).

Mais recentemente, antipsicóticos atípicos também têm sido usados na emergência. Alguns antipsicóticos como a clorpromazina (típico) e a quetiapina (atípico) também são muito eficientes para obter efeito sedativo. Benzodiazepínicos também são frequentemente usados (KEKS; BLASHKI, 2006; GOMES *et al.*, 2018).

Os medicamentos antipsicóticos não são o único tratamento definitivo para o paciente em surto psicótico. Quando a etiologia envolver um transtorno de humor, pode-se combinar um estabilizador de humor como o lítio, o valproato ou a carbamazepina para pacientes com quadro de mania associada, e antidepressivos ou até eletroconvulsoterapia (em casos mais graves) para quadros de psicose e depressão (RODRIGUES, 2018).

Vale salientar que os transtornos dissociativos são comumente confundidos também com os transtornos psicóticos, sendo o primeiro relacionado a neurose e o segundo a psicose. Em suma, a neurose contempla um desequilíbrio mental em consequência de um evento traumático, no qual o indivíduo cria mecanismos de defesa, tais como regressão, amnésia e fuga dissociativa ou transtorno dissociativo de identidade, podendo esse paciente apresentar alucinações e delírios. Quando abordamos o termo psicose, referimos a uma desconexão com a realidade, na qual pode apresentar sintomas como alucinações, delírios e paranoia (FARIA, 2016).

Em um estudo realizado por Faria (2016), com o intuito de identificar paciente com TD, mas diagnosticados com esquizofrenia, um tipo de transtorno psicótico, revelou que entre 10 paciente diagnosticados com esquizofrenia, dois apresentavam sintomas dissociativos, evidenciando o diagnóstico equivocado dos transtornos, pelo fato dos sintomas serem semelhantes, sendo necessário um acompanhamento psiquiátrico até que se conclua o diagnóstico por definitivo.

6.2 TRANSTORNO BIPOLAR

De acordo com o estudo de Pereira et al. (2010), o transtorno bipolar (TB) é uma patologia crônica e complexa, que atinge cerca de 1,5% da população. Pesquisas, como a da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimam que aproximadamente 30 milhões de pessoas em todo o planeta apresentam o diagnóstico de TB, estando entre as maiores causas de incapacidade (OMS, 2008).

Ao extrair dados de um estudo realizado em onze países constatou-se que as taxas de prevalência do TB tipo I e tipo II foram respectivamente, 0,6% e 0,4% (MERIKANGAS, *et al*, 2011). No Brasil, especificamente na cidade de São Paulo foi verificado uma taxa de prevalência de 0,5% (ANDRADE, 2002).

Ao analisar os dados, percebe-se que a TB é um transtorno psiquiátrico que atinge diversas pessoas no mundo, independente de raça, sexo e gênero. O TB foi descrito, no século XIX, pelo psiquiatra Jules Baillarger, como “la folie à double forme” (forma dual de insanidade), em que a principal característica era recorrência de episódios de mania e hipomania (CHIPINDO, 2019). Com o passar do tempo, autores como Benazzi (2001), historiou que o TB era reconhecido como psicose maníaco-depressivo, porem Moraes (2006), ressalta a mudança de nomenclatura, pois nem sempre o usuário apresenta perturbação psicótica.

O TB é conhecido como transtorno afetivo bipolar, e orginalmente era reconhecido como “insanidade maníaco – depressiva”, caracterizando-se por uma condição psiquiátrica na qual ocorre alterações graves de humor, evoluendo períodos intercalados de humor exacerbado e depressão (ANDERSON,2012; GOODWIN, 2012). Em consoante, o DSM – 5, diferencia o TB em duas principais categorias: Tipo I, caracterizado por elevação do humor (mania) e Tipo II, na qual a elevação humor é mais branda (hipomania) (APA, 2014).

O TB tipo I, ou fase maníaca, está relacionada à estado severo de humor elevado ou irritabilidade que pode ou não se associar a sintomas psicóticos, alterando o comportamento e

a funcionalidade do indivíduo, e com durabilidade de no mínimo uma semana. Em contraponto, a TB tipo II ou fase hipomaníaca, o humor sofre pequenas elevações, com alterações comportamentais/ funcionais menos graves e com duração de dias (ANDERSON, 2012; BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017).

O diagnóstico para o transtorno bipolar é complexo e difícil, pois, por diversas vezes confunde-se com outros transtornos psiquiátricos como, transtornos esquizoafetivos, as psicoses cicloides, as epilepsias, o transtorno de personalidade borderline, os transtornos de ansiedade como fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, o uso abuso de substâncias e os transtornos alimentares (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005; CARDOSO; KAUER-SANT'ANNA, 2009; MORENO; MORENO, 2009).

O diagnóstico costuma ser bastante complexo e pode demorar em média dez anos para ser constituído devido a tratamentos equivocados, ausência de comunicação entre os profissionais envolvidos, desconhecimento sobre como a doença se manifesta, tanto por ser pouco conhecida quanto pela confusão dos seus sintomas com os de outros tipos de depressão, preconceito e auto-estigmatização. O histórico do indivíduo é decisivo para o diagnóstico conclusivo, já que alterações de humor anteriores, episódios atuais ou passados de depressão, histórico familiar de perturbação do humor ou suicídio e ausência de resposta ao tratamento com antidepressivos alertam para o diagnóstico do transtorno bipolar (BRASIL, 2022, p.1)

Fatores com desinibição, labilidade de humor, sintomas psicóticos e agitação psicomotora, podem confundir o psiquiatra. Para tanto, faz-se necessário um processo de investigação e acompanhamento, no qual a fenomenologia do quadro, a apresentação dos sintomas e o aumento da energia devem ser diferenciais para o diagnóstico (MORENO; MORENO, 2009; SUPPES; DENNEHY; 2009).

O transtorno bipolar envolve várias condições multidimensionais que interagem entre si de forma complexa e dinâmica, compreendendo fatores biológicos e psicossociais. Por esse prisma, o TB é uma patologia recorrente, crônica e grave, que causa impactos na qualidade de vida. Nesse contexto, um estudo publicado por Murray e Lopes (1997) e Blazer (2000) enfatiza que cerca de 1,6% da população com TB apresenta incapacitação.

Diante do exposto, o tratamento para o transtorno bipolar também deve ser multifatorial, envolvendo diversas abordagens como farmacoterapia, grupos de apoio, Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicoeducação e Eletroconvulsoterapia (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005; SUPPES; DENNENY, 2009; MIRANDA-SCIPPA; QUARANTINI, 2010).

A psicoterapia pode reduzir os fatores de risco de recorrência (paciente permanecendo eufímico), melhorando a adesão, propiciando as mudanças no estilo de vida,

permitindo a detecção precoce de sintomas prodrômicos e melhor gerenciamento de dificuldades interpessoais (SOUZA, 2000, p. 64).

Por fim, ressalta-se que apesar do diagnóstico difícil e tardio, o manejo do TB requer a utilização de diferentes abordagens que se complementam, favorecendo a adesão do usuário ao tratamento.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Transtornos psiquiátricos associados ao puerpério têm sido identificados há muito tempo. Nos séculos XVII e XVIII, relatos de casos de “insanidade puerperal” começaram a aparecer na literatura médica francesa e alemã. Em 1818, Jean Esquirol foi o primeiro a fornecer dados detalhados e quantitativos de 92 casos de psicose puerperal retirados dos seus estudos na Salpêtrière. O médico francês Victor Louis Marcé, em 1856, sugeriu que mudanças fisiológicas associadas ao puerpério influenciavam o humor materno (MARTINEZ, 2018).

A gravidez é um evento desejado e planejado para algumas mulheres, marcado por alegrias e realizações, entretanto, em alguns casos, podem surgir sentimentos conflituosos tanto em relação ao recém-nascido quanto à própria vida da gestante (ALMEIDA; ARRAIS, 2016). O período gravídico-puerperal é considerado um evento estressante para muitas mulheres e diversos fatores corroboram para o surgimento dos transtornos psíquicos sejam eles biológicos, psicológicos ou até mesmo a associação destes com o meio cultural e social (MOURA *et al.*, 2011).

Assim como a paciente em questão do estudo que ao sétimo dia de puerpério, apresentou alteração abrupta de comportamento: agitação psicomotora, redução da necessidade de sono, desorientação auto e alopsíquica e discurso ora de conteúdo místico-religioso, ora de conteúdo persecutório.

Tanto na gravidez como no puerpério, ocorrem transformações físicas, hormonais, psicológicas e sociais relacionadas à necessidade de reorganização social e adaptação, aumento de responsabilidade, privação de sono e isolamento social, medo, dúvidas e a reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina, tornando essa fase da vida da mulher como a mais vulnerável para o surgimento de um transtorno mental (FARIAS, 2016).

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Apesar de não serem reconhecidas como entidades distintas nos sistemas classificatórios atuais, a disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido consideradas transtornos relacionados ao pós-parto. Atualmente, além dessas três categorias diagnósticas, os transtornos ansiosos no pós-parto também têm sido estudados (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Os sintomas da paciente deste estudo surgiram ainda durante internamento hospitalar obstétrico, no qual se mantinha em razão de investigação clínica de sua filha recém-nascida, diagnosticada com síndrome de Down.

Estudos recentes associaram risco de psicose pós-parto à ocorrência prévia de transtornos mentais. Em mulheres primíparas, um fator de risco a ser considerado é a presença de transtorno bipolar, que indica risco alto de psicose puerperal (26%) quando comparado a mulheres sadias (0,1-0,2%). Na bipolaridade, o risco elevado de recidiva grave é selecionado ao transtorno bipolar tipo 1, com sintomas psicóticos ao invés do tipo 2, com episódios não psicóticos ou depressivos hipomaníacos. Mulheres com bipolaridade anterior ou psicose puerperal apresentam igualdade na recidiva pós-parto, entretanto, mulheres com psicose puerperal sofrem doenças mais graves. Por fim, a psicose puerperal pode, ainda, evoluir para depressão pós-parto (OLSEN *et al.*, 2014; CANTWELL, 2021).

Portadores de TDI, além da condição marcante que é a dissociação, sofrem de recorrentes perdas de memória, acompanhada de fortes dores de cabeça. De acordo com o (DSM-5) a amnésia dissociativa se configura em três formas, ou critérios; 1º Lacunas na memória da vida pessoal, como a Infância, o brinquedo predileto etc, 2º Lapsos na memória confiável, como o dia presente, habilidades pessoais, e por último a 3º que leva o sujeito a descobrir eventos cotidianos que ele fez, e não se recorda de ter os feito (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

O tratamento ideal de TDI se dá a partir do trabalho mútuo de psicoterapia e com medicação supervisionada, prescrita por um psiquiatra devidamente capacitado. A ideia é que o sujeito possa integrar suas personalidades, o tornando assim mais uma vez, em uma só. E que para isso o terapeuta forneça um ambiente favorável para essa vivência pessoal, pois esse processo se dá a partir da junção dos processos da personalidade como consciência, memória. Porém cabe ao profissional devidamente capacitado informar se é necessário ou não esse processo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao examinar uma puérpera deve-se, inicialmente, verificar não somente sua situação clínica, como também realizar uma breve avaliação do seu estado psíquico e emocional. A importância dessa avaliação se justifica uma vez que os transtornos psiquiátricos puerperais, suscetíveis nessa fase, trazem repercussões negativas tanto para a mãe e familiares quanto para o filho, podendo interferir, inclusive, no desenvolvimento da criança, causando impactos negativos desde a infância até a sua vida adulta.

As doenças psiquiátricas pós-parto são pouco reconhecidas e estudadas. Os transtornos psíquicos puerperais são definidos como doenças mentais com início no primeiro ano após o parto, e que se manifestam por desequilíbrios do humor psicóticos e não psicóticos. Tais transtornos, quando subdiagnosticados e não tratados, fazem com que as puérperas se sintam incapazes de exercer o papel materno, sofrendo com sentimento de culpa e variações de humor.

Enfatiza-se que pessoas com sofrimento psíquico enfrentam uma grande barreira, que é o estigma. Vive-se em uma cultura que discrimina e segrega o indivíduo com transtorno psiquiátrico. Adiciona-se que a doença mental, permeada de preconceitos e estigmas, é vista de forma negativa, o que interfere não só na pessoa com o transtorno, mas também na família.

REFERÊNCIAS

- CARDEÑA, Etzel. The etiologies of dissociation. In: KRIPPNER, Stanley., POWERS, S. M. (Eds.). **Broken images, broken selves: dissociative narratives in clinical practice**. Washington: Brunner / Mazel, 1997, p. 61-87.
- CARLSON, Eve. B., ARMSTRONG, J. The diagnosis and assesment of dissociative disorders. In: LYNN, Steven Jay, RHUE, J. W. (Eds.). **Dissociation: clinical and theoretical perspectives**. New York: Guilford Press, 1994, p. 159-174.
- David, J. D. The diagnosis of multiply personality disorder. **Jefferson Journal of Psychiatry**, 12(1), 29-43. 1994.
- Dell, P. F. **Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM–V and Beyond**. New York: Routledge. 2009.
- GABBARD G. O, BECK J. S, HOLMES J. **Compêndio de psicoterapia de Oxford**. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- JOHNSON J. G, COHEN P, KASEN S, BROOK J. S: Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. **J Psychiatr Res** 40 (2):131–140, 2006.
- KLUFT, R. P. The psychoanalytic psychotherapy of Dissociative Identity Disorder in the context of trauma therapy. **Psychoanalytic Inquiry**, 20, 259. 2000.
- MARALDI, E. O. Transtorno dissociativo de identidade: aspectos diagnósticos e implicações clínicas e forenses. **Revista Fronteiras Interdisciplinares do Direito**, v. 1, n. 2, p. 32, 2020.
- OZER DJ, BENET-MARTÍNEZ V. Personality and the prediction of consequential outcomes. **Ann Rev Psychol**. 2006; 57:401-21
- PERVIN, L. A. CERVONE D, JOHN O. P. **Personality: Theory and Research**. 9a. ed.: Editora Wiley; 2005.
- RIBÁRY, G., LAJTAI, L., DEMETROVICS, Z., MARAZ, A. Multiplicity: An explorative interview study on personal experiences of people with multiple selves. **Frontiers in Psychology**, 13, 8, 938. 2017.
- SADOCK B. J, SADOCK V. A. **Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry**. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- ALMEIDA N. M, ARRAIS A. R. Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2016; 36 (4): 847-863.
- MOURA E, et al. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2011; 64(3):445-50.

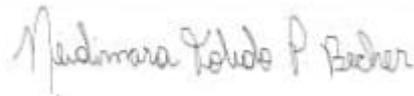
OLSEN M, et al. Birth order and postpartum psychiatric disorders. **Bipolar disorders**, 2014; 16(3): 300-307.

DECLARAÇÃO

Eu, Neidimara Toledo Pacheco Becher (UNICENTRO), declare, para os devidos fins, que realizei correções gramaticais e ajuste às normas previstas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) no trabalho de Vanessa Gomes da Silva, intitulado “TRANSTORNO DISSOCIATIVO: UM ESTUDO DE CASO”, orientado pelo prof. Me. Roberto Mendes. Além disso, fiz ajustes quanto à numeração e sumarização.

Desse modo, confirmo o presente.

Atenciosamente,



Neidimara Toledo Pacheco Becher