



# Personalidades Desviantes

## Protocolo Clínico

Parte de cartaz publicitário para a Waverley Cycles, por Alphonse Mucha, 1898.

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e abordagem de transtornos de personalidade.

Sistema Único de Saúde  
Estado de Santa Catarina, 2015.



## 1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Do ponto de vista do desenvolvimento, têm papel decisivo os primeiros anos do período de bebê e da infância, antes dos cinco anos de idade, como formadores da estrutura de caráter básica da pessoa. Do ponto de vista epigenético, as interações entre genes e ambiente podem modificar um traço ou uma predisposição genética sem alterar o genoma. Daí a importância dos ambientes favoráveis à criação dos bebês<sup>1</sup>. O arcabouço da personalidade, com seus traços básicos, já está formado ao final do quinto ano de vida. O desenvolvimento subsequente é elaborado a partir dessa estrutura básica. Fatores biológicos raros, como traumatismos cranianos lesando a massa cerebral, podem causar sequelas alterando a personalidade de uma pessoa. Fatores vivenciais do ambiente cotidiano podem, quanto muito, ressaltar traços componentes da conformação da personalidade e de suas predisposições básicas.

Há, no conjunto da clínica, três possibilidades etiológicas para ocorrerem variações importantes da personalidade, fugindo do normal estatístico:

- a) As mudanças graves da personalidade decorrentes de doença, de lesão e de disfunção cerebral, enquanto sequelas de problemas orgânicos lesando o encéfalo (tumores, epilepsias graves, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranianos, etc.);
- b) As alterações sequelares permanentes, funcionais, da personalidade após doença mental importante (traumas psíquicos em função de grandes catástrofes assentados em personalidades pouco adaptáveis e predispostas a reações intensas; vivência por anos de moléstias psiquiátricas como a esquizofrenia, etc.);
- c) Os transtornos específicos, constitucionais, da personalidade.

As alterações sequelares, orgânicas e funcionais são quebras nítidas (abruptas ou gradativas) segundo um histórico no qual os fatores de mudança são bem delimitados e clinicamente coerentes.

Alguns gatilhos podem ressaltar traços de personalidade, em situações especiais, como o abuso de substâncias químicas (como o álcool etílico, a cocaína, os alucinógenos e outras drogas), situações altamente estressantes relacionadas a eventos traumáticos, grandes perdas afetivas e mudanças de ambiente para pessoas de baixa adaptabilidade e de pouca resiliência.

Os transtornos específicos de personalidade são variações extrema da normalidade, dentro de um *continuum* em cujo centro estão as personalidades normais: não são doenças<sup>2</sup>. A Organização Mundial da Saúde os conceitua como “expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com

---

<sup>1</sup> MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; GOLDANI, Marcelo Zubaran. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200002&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>2</sup> CORDÁS, T.A.; LOUZÃ NETO, M.R. Transtornos da personalidade: um esboço histórico conceitual. In: CORDÁS, Taki Athanassios; LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues; STOPPE Jr., Alberto; et al. **Transtornos da personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

os outros”<sup>3</sup>. Respondem pouco aos esforços dos serviços de saúde, apesar de tais serviços serem bastante solicitados para abordá-los, especialmente pelos operadores do Direito. Os transtornos de personalidade, como regra, não geram inimizabilidade e não atenuam a punibilidade diante de práticas criminosas.

É comum que operadores do Direito, sem conhecimento clínico, tentem aliciar médicos e psicólogos para o fornecimento de atestados a fim de tomar reações menores – e até reações normais a fatores sociais causadores de revolta ou de sofrimento – como se fossem alterações sequelares de personalidade, solicitando o uso de critérios populares e não clínicos.

O envolvimento de algumas pessoas, cujas personalidades tenham motivações dissociais ou antissociais, em abordagens terapêuticas grupais, em CAPS, hospitais e comunidades terapêuticas, contribui para a desestruturação do grupo e não tem demonstrado qualquer eficácia para o sujeito<sup>4</sup>. É comum, em mais de um terço dos jovens infratores da lei usando drogas ilícitas, descobrir-se que eles já cometiam crimes ou infrações graves antes de terem começado a usar drogas<sup>5, 6</sup>.

Em que pese toda a formulação clássica da Psicopatologia para permitir a confecção de anamnese e de diagnóstico<sup>7, 8</sup>, o papel do profissional da saúde, em tais casos, é limitado e polêmico<sup>9</sup>. O médico e o psicólogo podem fazer o diagnóstico e distingui-lo das hipóteses diagnósticas diferenciais, mas não têm ferramentas para apresentar soluções. Há, do ponto de vista da saúde, uma intratabilidade para a maioria das pessoas com características graves de desvio de caráter<sup>10</sup>. Alguns casos, porém podem ser alvos de medidas farmacocosséticas, para minorar sua impulsividade e agressividade, numa lógica de proteção a terceiros.

Um problema especial é o das personalidades dissociais, ainda erroneamente chamadas pelo defasado e inconveniente nome de “psicopatias”, por alguns

---

<sup>3</sup> OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª. revisão. São Paulo: EdUSP, 1993, p. 359.

<sup>4</sup> SCHNEIDER, J. A.; LISBOA, C. M.; MALLMANN, C. Relação entre dependência de cocaína e/ou crack, transtorno de personalidade antissocial e psicopatia em paciente internados em uma instituição de reabilitação. **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 4, n. 3, maio-junho 2014, p. 24-33.

<sup>5</sup> PARENT, I.; BROCHU, S. **Quand les trajectoires toxicomanes et délinquants se rencontrent: dix toxicomanes se racontent**. Recherches et Intervention sur les Substances Psychoactives (RISQ). Montreal: RISQ, Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CHRS), École de Criminologie de l’Université de Montréal, 1999. Disponível em: <<https://depot.erudit.org/retrieve/865/000213pp.pdf>>.

<sup>6</sup> NUNES, Laura Maria Cerqueira Marinha. **Análise biográfica, do estilo de vinculação e da personalidade, em indivíduos com história de abuso de substâncias e condutas delinquentes**. [Tese. Orient.: Carlos Mota Cardoso]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2010. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1522/1/teseLauraNunes.pdf>>.

<sup>7</sup> JASPERS, Karl. **Psicopatologia General**. Buenos Aires: Editorial Beta, 1975.

<sup>8</sup> NARDI, Antônio Egídio et al. A hundred-year of Karl Jaspers' General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) - 1913-2013: a pivotal book in the history of Psychiatry. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 7, July 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2013000700490&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000700490&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>9</sup> KENDELL, R.E. The distinction between personality disorder and mental illness. **The British Journal of Psychiatry** (2002) 180: 110-115. doi: 10.1192/bjp.180.2.110. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/180/2/110.full>>.

<sup>10</sup> LEE, Jessica H. **The Treatment of Psychopathic and Antisocial Personality Disorders: A Review**. Londres: RAMAS (Risk Assessment Management and Audit Systems), UK Department of Health, 1999. Disponível em: <<http://www.ramas.co.uk/report3.pdf>>.

autores. Este é um grupo notório, que geralmente procura contato com serviços de saúde sem que se disponha a efetivamente seguir regras ou conselhos a serem dados pelos profissionais<sup>11</sup>. Eventualmente são encaminhados pelo Judiciário ou por instituições prisionais para avaliação. Não há evidências científicas suficientes para se montar planos terapêuticos ou recomendações visando uma prática clínica voltada à mudança das personalidades dissociadas<sup>12</sup>.

A fim de não estimular fantasias de onipotência sobre os serviços de saúde, especialmente junto a operadores do Direito, os profissionais precisam ter cuidado ao emitir declarações e atestados que possam ser mal interpretados.

Médicos e psicólogos devem se precaver para não dar a impressão de que os transtornos de personalidade sejam doenças ou dar a impressão de que sejam curáveis pelos serviços de saúde. Além de incorrer em erro, isto serviria à medicalização, à psicologização e à judicialização de fenômenos humanos que extrapolam o potencial terapêutico e os saberes das Ciências da Saúde<sup>13</sup>. Pessoas que não são da área da saúde, como alguns operadores do Direito, administradores, diretores de órgãos públicos e assistentes sociais de áreas distantes buscam nos discursos sanitários oportunidades de medicalização e de entrega de problemas ao SUS, que nem o sistema, nem as ciências biológicas ou psicológicas podem solucionar.

## 2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

### **F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral**

Alteração da personalidade e do comportamento que poderia constituir um transtorno residual ou concomitante de uma doença, uma lesão, ou uma disfunção cerebral.

#### **F07.0 Transtorno orgânico da personalidade**

Transtorno caracterizado por uma alteração significativa dos modos de comportamento que eram habituais ao sujeito antes do advento da doença; as perturbações concernem em particular à expressão das emoções, das necessidades e dos impulsos. O quadro clínico pode, além disto, comportar uma alteração das funções cognitivas, do pensamento e da sexualidade. Inclui: Estado pós-leucotomia orgânica, Personalidade pseudopsicopática, Pseudodebilidade, Psicossíndrome da epilepsia do sistema límbico e Síndromes frontal, dos lobotomizados, pós-leucotomia

Exclui: alterações duradouras da personalidade após doenças psiquiátricas (F62.1) após experiência catastrófica (F62.0), após síndrome: pós-encefalítica (F07.1) ou pós-traumática (F07.2) e transtorno específico da personalidade (F60.-)

#### **F07.1 Síndrome pós-encefalítica**

Alteração residual do comportamento, não específica e variável, após cura de uma encefalite viral ou bacteriana. A principal diferença entre esta síndrome e os transtornos orgânicos da personalidade é que a mesma é reversível.

Exclui: transtorno orgânico da personalidade (F07.0)

<sup>11</sup> NICE. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention (NICE Guideline 77). London: National Institute of Health and Clinical Excellence, revisão janeiro 2012. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/CG77>>.

<sup>12</sup> KHALIFA, Najat, et al. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 9, 2014, Art. No. CD007667. DOI: 10.1002/14651858.CD007667.pub8. Disponível: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=4700&id=CD007667&lang=pt&dbl=lib=COC#CD007667-bbs2-0066>>.

<sup>13</sup> SERRANO, Alan Índio. Perícias Médicas e Juízo. In: PEREIRA, Hélio do Valle; ENZENWILER, Romano José. **Curso de Direito Médico**. São Paulo: Conceito, 2011, p. 454-460.

### **F07.2 Síndrome pós-traumática**

Síndrome que ocorre seguindo-se a um traumatismo craniano (habitualmente de gravidade suficiente para provocar a perda da consciência) e que comporta um grande número de sintomas tais como cefaléia, vertigens, fadiga, irritabilidade, dificuldades de concentração, dificuldades de realizar tarefas mentais, alteração da memória, insônia, diminuição da tolerância ao “stress”, às emoções ou ao álcool.

Síndrome cerebral pós-traumática não-psicótica e síndrome pós-traumática (encefalopatia)

### **F07.8 Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção**

Transtorno afetivo orgânico do hemisfério direito

### **F07.9 Transtorno orgânico não especificado da personalidade e do comportamento devido a doença cerebral, lesão e disfunção**

Psicossíndrome orgânica

## **F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto**

Este agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. Os transtornos específicos da personalidade (F60.-), os transtornos mistos e outros transtornos da personalidade (F61.-), e as modificações duradouras da personalidade (F62.-), representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada. Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura. Tais tipos de comportamento são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

### **F60 Transtornos específicos da personalidade**

Trata-se de distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a um outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em geral de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta.

#### **F60.0 Personalidade paranóica**

Transtorno da personalidade caracterizado por uma sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos interpretando as ações imparciais ou amigáveis dos outros como hostis ou de desprezo; suspeitas recidivantes, injustificadas, a respeito da fidelidade sexual do esposo ou do parceiro sexual; e um sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos. Pode existir uma superavaliação de sua auto-importância, havendo frequentemente auto-referência excessiva.

#### **F60.1 Personalidade esquizóide**

Transtorno da personalidade caracterizado por um retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros, preferência pela fantasia, atividades solitárias e a reserva introspectiva, e uma incapacidade de expressar seus sentimentos e a experimentar prazer.

#### **F60.2 Personalidade dissocial**

Transtorno de personalidade caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade.

Personalidade amoral, anti-social, associal, psicopática, sociopática

Exclui: transtorno de conduta (F91.-), de personalidade do tipo instabilidade emocional (F60.3)

### **F60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional**

Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas consequências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "borderline", caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.

Inclui personalidades agressiva ou **explosiva** e **borderlines**

Exclui: personalidade dissocial (transtorno da) (F60.2)

### **F60.4 Personalidade histriônica**

Transtorno da personalidade caracterizado por uma afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a se sentir facilmente ferido.

Personalidade histérica, psicoinfantil

### **F60.5 Personalidade anancástica**

Transtorno da personalidade caracterizado por um sentimento de dúvida, perfeccionismo, escrupulosidade, verificações, e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e rigidez excessivas. O transtorno pode se acompanhar de pensamentos ou de impulsos repetitivos e intrusivos não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

Personalidade compulsiva, obsessiva, obsessivo-compulsiva

Exclui: transtorno obsessivo-compulsivo (F42.-)

### **F60.6 Personalidade ansiosa [esquiva]**

Transtorno da personalidade caracterizado por sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Existe um desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e a rejeição, reticência a se relacionar pessoalmente, e tendência a evitar certas atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos ou dos riscos potenciais em situações banais.

### **F60.7 Personalidade dependente**

Transtorno da personalidade caracterizado por: tendência sistemática a deixar a outrem a tomada de decisões, importantes ou menores; medo de ser abandonado; percepção de si como fraco e incompetente; submissão passiva à vontade do outro (por exemplo de pessoas mais idosas) e uma dificuldade de fazer face às exigências da vida cotidiana; falta de energia que se traduz por alteração das funções intelectuais ou perturbação das emoções; tendência freqüente a transferir a responsabilidade para outros.

Personalidade astênica, inadequada, passiva

### **F60.8 Outros transtornos específicos da personalidade**

Personalidade excêntrica, imatura, narcísica, passivo-agressiva, psiconeurótica, tipo "haltlose"

### **F60.9 Transtorno não especificado da personalidade**

Neurose de caráter SOE

Personalidade patológica SOE

### **F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade**

Esta categoria se refere aos transtornos de personalidade freqüentemente perturbadores mas que não mostram o padrão específico de sintomas que caracteriza os transtornos descritos em F60.-. Conseqüentemente, são com freqüência mais difíceis de diagnosticar do que os transtornos em F60.-. Exemplos:

- transtornos mistos da personalidade com padrões de vários dos transtornos em F60.- mas sem um conjunto predominante de sintomas que possibilitaria um diagnóstico mais específico; e

- modificações patológicas da personalidade, não classificáveis em F60.- ou F62.-, e vistas como secundárias a um diagnóstico principal de um transtorno afetivo ou ansioso co-existente.

Exclui: acentuação de traços de personalidade (Z73.1)

### **F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral**

Consiste em anomalias da personalidade e do comportamento do adulto que ocorrem na ausência de transtornos prévios da personalidade e em seguida a um “stress” dramático ou excessivo e prolongado, ou a uma doença psiquiátrica grave. Este diagnóstico só deve ser feito nos casos em que se dispõe da prova de uma alteração manifesta e duradoura dos modos de percepção, de relação ou de pensamento com relação ao ambiente ou a si próprio. A modificação da personalidade deve ser significativa e estar associada a um comportamento rígido e mal adaptado, ausente antes da ocorrência do evento patogênico. A modificação não deve constituir uma manifestação direta de um outro transtorno mental nem um sintoma residual de um transtorno mental anterior.

Exclui: transtornos de personalidade e do comportamento devidas a uma doença, lesão e a disfunção cerebral (ver F07.-)

#### **F62.0 Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica**

Modificação duradoura da personalidade, que persiste por ao menos dois anos, em seguida à exposição a um “stress” de catástrofe. O “stress” deve ser de uma intensidade tal que não é necessário referir-se a uma vulnerabilidade pessoal para explicar seu efeito profundo sobre a personalidade. O transtorno se caracteriza por uma atitude hostil ou desconfiada com relação ao mundo, retraimento social, sentimentos de vazio ou desesperança, um sentimento crônico de “estar à beira do precipício” como se constantemente ameaçado, e estranheza. O estado de “stress” pós-traumático (F43.1) pode preceder este tipo de modificação da personalidade.

Modificação da personalidade após (um) (uma)

- cativo prolongado com a possibilidade de ser morto a qualquer momento
- desastres
- experiências em campo de concentração
- exposição prolongada a situações que representam um perigo vital, como ser vítima do terrorismo
- tortura

Exclui: estado de “stress” pós-traumático (F43.1)

#### **F62.1 Modificação duradoura da personalidade após doença psiquiátrica**

Modificação da personalidade persistindo por ao menos dois anos, atribuível à experiência traumática de uma doença psiquiátrica grave. A alteração não pode ser explicada por um transtorno anterior da personalidade e deve ser diferenciado de uma esquizofrenia residual e de outros estados mórbidos consequentes à cura incompleta de um transtorno mental anterior. Este transtorno se caracteriza por uma dependência e uma atitude de demanda excessiva em relação aos outros; convicção de ter sido transformado ou estigmatizado pela doença a ponto de ser incapaz de estabelecer ou manter relações interpessoais estreitas e confiáveis e de se isolar socialmente; passividade, perda de interesses e menor engajamento em atividades de lazer em que o sujeito se absorvia anteriormente; queixas persistentes de estar doente, às vezes associadas a queixas hipocondríacas e a um comportamento doentio; humor disfórico ou lábil não devido a um transtorno mental atual nem a sintomas afetivos residuais de um transtorno mental anterior; e uma alteração significativa do funcionamento social e profissional.

#### **F62.8 Outras modificações duradouras da personalidade**

Personalidade caracterizada por uma síndrome algica crônica

#### **F62.9 Modificação duradoura da personalidade, não especificada**

### 3. DIAGNÓSTICO

Os critérios são os da CID-10<sup>14</sup>.

Quanto aos transtornos específicos de personalidade, seu padrão de comportamento é inflexível e invasivo, manifestando-se em situações pessoais e sociais. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico norte-americano (DSM-V), é interessante agrupá-los, para fins didáticos e sindrômicos, em três *clusters*<sup>15</sup>:

- 1) Agrupamento A) Personalidades excêntricas (podem se sentir muito ameaçadas e imaginar que os outros não são confiáveis):

*paranoide, esquizoide e esquizotípica;*

- 2) Agrupamento B) Personalidades dramáticas, emocionais, imprevisíveis e erráticas (costumam provocar fortes emoções, raiva ou irritação naqueles que os cercam):

*antissocial, borderline, histriônica e narcisista;*

- 3) Agrupamento C) Personalidades ansiosas e receosas (costuma apresentar timidez, sentimentos de inadequação e exagerada sensibilidade a avaliações negativas ou a opiniões discordantes):

*esquiva ou ansiosa, anancástica e dependente.*

### 4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Por muitas décadas se considerou que um diagnóstico de transtorno de personalidade somente poderia ser atribuído a um adulto, ficando os adolescentes excluídos automaticamente destas categorias. Diversas escolas vêm propondo, porém, que a décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) seja mais flexível em relação à idade<sup>16</sup>.

São critérios de exclusão, atuais:

- a) Ausência de adesão ao tratamento ou falta de acompanhamento adequada em serviço de saúde.
- b) Busca de serviços de saúde com finalidade de desenvolvimento de relação visando ganho secundário.
- c) Simulação de sintomas visando vantagens e ganhos eticamente reprovados.

### 5. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou de transtorno em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas

---

<sup>14</sup> OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação estatística internacional de doença e problemas relacionados à saúde**: CID-10. 10ª. revisão. São Paulo: EdUSP, 1994.

<sup>15</sup> APA (American Psychiatric Association). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

<sup>16</sup> TYRER, Peter, et al. Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. **Personality and Mental Health**, Volume 8, Issue 4, pages 254–263, October 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmh.1275/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.



quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor municipal ou estadual poderá ou não ser consultado para a decisão final.

## 6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Serviços de atenção à saúde específicos para pessoas em conflito com a lei, unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU).

## 7. TRATAMENTO

### Orientações e montagem de rede de apoio ao sujeito

É essencial que haja um bom grau de comunicação entre os profissionais que atendem algum transtorno de personalidade, pois a relação com este tipo de usuário de serviços de saúde implica uma transferência e uma contratransferência complexa, capaz de criar dissabores e desentendimentos.

Na rede básica poderá haver reconhecimento do problema e abordagem às crises na qual o usuário se mostre em quebra da homeostase.

Muitas pessoas com transtorno de personalidade levam uma vida conturbada se não contarem com apoio de terceiros. O apoio pode ser emocional (alguém com quem falar) ou apoio prático (ajuda para planejar gastos e programas, organizar coisas domésticas, manter compromissos, não procrastinar demais). O apoio geralmente é dado por amigos e familiares. Eventualmente grupos e redes sociais, como as de igrejas, podem ter papel interessante. O profissional de saúde pode reforçar vínculos com redes sociais no âmbito religioso, mas não deve indicar atividades religiosas a quem não tem tais vínculos ou nunca os teve na sua história pregressa.

A equipe de saúde geralmente é procurada nas fases em que outras formas de apoio estão falhando.

Os familiares, se vierem à unidade de saúde, podem ser abordados, pois serão importantes para montar uma rede de apoio afetivo. O cotidiano com alguém que apresenta uma personalidade invasiva demais ou esquiva demais pode ser difícil. Dar a tais pessoas o seu próprio espaço, ouvindo e reconhecendo as suas preocupações, sem tentar resolver os problemas por ela e sem entrar em conflitos dispensáveis, é uma estratégia importante a ser adotada pelos familiares.

Na atenção básica alguns conselhos simples podem ajudar no momento da procura do serviço e montam vínculo. Por exemplo, o profissional da saúde pode sugerir coisas simples, às vezes muito bem recebidas:

- 1) Tente relaxar quando está estressado - tomar um banho quente ou ir para uma caminhada. Você pode encontrar yoga, massagem de aromaterapia ou útil.
- 2) Certifique-se de ter uma boa noite de sono - mas não ficar muito chateado se você não consegue dormir.
- 3) Cuide de sua saúde física e o que você come. Você vai se sentir melhor em uma dieta balanceada, com muitas frutas e legumes.
- 4) Evite beber muito álcool ou usar drogas, especialmente as ilícitas.
- 5) Tire algum exercício físico regular. Isto não tem que ser extremo. Mesmo descer do ônibus uma parada cedo, e percorrer o resto do caminho podem fazer a diferença.
- 6) Dê a si mesmo um prazer (embora nem drogas ou álcool) Com quando coisas difíceis você tem lidado mesmo em um momento estressante.

- 7) Tenha interesses que distraiam, procure um hobby. Esta é uma boa maneira de conhecer outras pessoas e tomar sua mente fora as tensões do dia-a-dia que todos enfrentamos.
- 8) Converse com alguém sobre como você está sentindo. Este poderia ser um amigo ou parente, ou, se preferir, alguém indicado pela equipe de saúde.
- 9) Se as coisas ficam realmente difíceis, tente telefonar para algum grupo de autoajuda, para algum conselheiro que você conheça de sua igreja ou para o Centro de Valorização da Vida (endereço eletrônico <[www.cvv.org.br](http://www.cvv.org.br)>, fone 141 ou, para algumas cidades de Santa Catarina, os telefones do anexo, ao final deste protocolo).
- 10) Retorne à unidade de saúde se precisar, agendando horário antes, para que os profissionais possam esperá-lo e reservar seu tempo para você.

Note bem: estas orientações **não devem ser dadas a pessoas com transtornos de personalidade dissociada**. Podem ser dadas a pessoas com outros tipos de transtornos de personalidade, desde que os traços antissociais não sejam proeminentes.

Uma vez feito o diagnóstico de transtorno de personalidade dissociada (ou antissocial) jamais se deve encaminhar tais pessoas a outros serviços ou a instituições, inclusive às redes voluntárias, às comunidades terapêuticas e aos serviços ligados a igrejas. Se o cidadão dissociado é muito insistente, querendo montar um vínculo, pode-se indicar um CAPS, ou um ambulatório especializado em saúde mental, onde ele possa ser avaliado por especialistas experientes.

Em CAPS várias psicoterapias podem funcionar bem, especialmente para transtornos de personalidade histriônica e anancástica. O conhecimento da teoria psicanalítica, pelo terapeuta, ajuda-o a lidar melhor com a transferência, mesmo que ele não utilize psicoterapia individual de base analítica no atendimento cotidiano, pois ela pode ficar demorada, pouco custo-efetiva e ater um técnico de alta formação a um número muito reduzido de pacientes. Técnicas de mentalização, terapias cognitivas e cognitivo-comportamentais, combinações de terapias de grupo com entrevistas individuais podem ajudar em personalidades histriônicas e anancásticas, trabalhando formas de mudar padrões de pensamento inadequados, ou causadores de sofrimento. Outras técnicas de intervenção psicossocial, elaborando relacionamentos, permitindo catarse e abrindo novas possibilidades de convívio, vivência e reflexão, são bons coadjuvantes terapêuticos.

Diante de um caso de personalidade *borderline* na atenção primária deve-se<sup>17</sup>:

- a) Avaliar o nível de risco a si e a terceiros;
- b) Perguntar sobre episódios semelhantes, no passado, e sobre as estratégias utilizadas para amenizar o quadro e suas consequências;
- c) Ajudar a gerenciar a ansiedade frisando as capacidades do atendido e sugerindo-lhe focar no problema momentâneo, em vez de querer resolver um conjunto de problemas muito grande (talvez sua vida toda);
- d) Incentivar o atendido a identificar alguns temas específicos, atuais, possíveis de serem manejados, deixando para pensar depois nos que não podem ser resolvidos;
- e) Oferecer a possibilidade de nova consulta em breve, em prazo combinado.

## **Abordagens psicoterápicas e psicossociais**

Em que pesem os grandes esforços psicanalíticos para abordar as personalidades emocionalmente instáveis (explosivas e fronteiriças), ainda não há

---

<sup>17</sup> NICE. **Borderline personality disorder**: Treatment and management. London: National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), 2009. Disponível em: <<http://publications.nice.org.uk/borderline-personality-disorder-cg78>>.

comprovação clara sobre os efeitos dos vários tipos de psicoterapia nestes diagnósticos<sup>18</sup>. Empiricamente sabe-se, porém, que o relacionamento do paciente com a unidade de saúde pode lhe dar âncoras para se recompor, em fases de crise. O tratamento em CAPS, em alguns casos complexos em que se opte pela psicoterapia eletiva sequencial, deveria ser feito, idealmente, por profissional experiente, ou sob supervisão. Os resultados de esforços psicoterápicos para personalidades *borderline* são bastante modestos<sup>19</sup>.

Para os transtornos de personalidade dissocial (ou antissocial) não se deve tentar ou indicar qualquer tipo de intervenção psicoterápica, pois todas as tentativas mundialmente feitas não produziram quaisquer evidências de efeitos positivos<sup>20</sup>. O tema do dissocial é de interesse da psiquiatria forense, da psicologia forense e da criminologia, pois há esforços para desenvolver diagnósticos precoces (a fim de atuar preventivamente com crianças e adolescentes), atuar em perícias e avaliar o grau de risco agressivo de criminosos contumazes, em prisões, para indicação de liberdade condicional e outras demandas judiciais<sup>21, 22, 23</sup>.

## Psicofarmacoterapia

O tratamento farmacológico é sintomático. Mais que do diagnóstico, a escolha de medicações depende das particularidades do caso, segundo a combinação e a intensidade dos sintomas apresentados. Deve-se sempre levar em conta o balanço entre os efeitos favoráveis e os efeitos colaterais, assim como a grande possibilidade de o paciente, por característica própria de sua personalidade, abandonar, negligenciar ou alterar o tratamento por decisão própria.

Os sintomas típicos dos agravamentos de transtornos personalidades do agrupamento A (**paranóides**, esquizóides e esquizotípicas), quando em desequilíbrio psíquico ou vivenciando uma fase crítica, podem se beneficiar de tranquilizantes maiores (neurolépticos ou antipsicóticos), como a **clorpromazina** em doses baixas.

Para certos problemas envolvendo impulsividade, agressividade fácil e **explosão impetuosa** de tipo emocional, volitiva e psicomotora, psicofármacos têm sido experimentados. A **fluoxetina**, eventualmente em doses altas, pode ajudar a diminuir os sintomas dos agravamentos de transtornos de personalidade emocionalmente instáveis (do tipo

---

<sup>18</sup> LEICHSERNRING, Falk et al. Borderline personality disorder. **The Lancet**, Volume 377, Issue 9759, 1–7 January 2011, Pages 74–84. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610614225>>.

<sup>19</sup> NOSE, M. et al. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. **International Clinical Psychopharmacology** 2006; 21(6) :345-353. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=carbamazepine&lang=pt>>.

<sup>20</sup> GIBBON, S., et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 6. Art. No.: CD007668. DOI: 10.1002/14651858.CD007668.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007668.pub2/abstract>>.

<sup>21</sup> LYNAM, Donald R. Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? **Psychological Bulletin**, Vol 120(2), Sep 1996, 209-234. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.120.2.209>. Disponível em : <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-01404-003>>.

<sup>22</sup> NICE. National Collaborating Centre for Mental Health. **Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention**. NICE Clinical Guidelines, No. 77. Risk assessment and management. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55331/>>.

<sup>23</sup> PICKERSGILL, Martyn. How personality became treatable: The mutual constitution of clinical knowledge and mental health law. **Social Studies of Science**, February 2013, 43(1) 30-53. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3652711/>>.

borderline e do tipo explosivo), tornando a pessoa menos impulsiva e agressiva<sup>24, 25, 26</sup>. Há indícios, ainda sem confirmações nítidas, de que a carbamazepina e outros estabilizadores do humor (lítio, ácido valpróico e outros) possam abrandar, em algumas pessoas, a impulsividade e a agressividade<sup>27</sup>.

É clássico o conhecimento médico da redução da ansiedade e dos sintomas obsessivo-compulsivos, útil para os momentos críticos de transtornos de personalidade **anancásticas** e **esquivas** com tricíclicos (especialmente **clomipramina**, ou imipramina, ambas na dose de 75 mg ao dia)<sup>28, 29</sup> ou com inibidor seletivo de recaptação da serotonina (**fluoxetina**, na dose de 20 a 60 mg ao dia)<sup>30</sup>.

Em quadros de personalidade **borderline a carbamazepina**, comparada a vários outros fármacos, demonstrou ter alguns efeitos interessantes na diminuição da impulsividade<sup>31, 32, 33</sup>.

---

<sup>24</sup> BUTLER, Tony, et al. Reducing impulsivity in repeat violent offenders: an open label trial of a selective serotonin reuptake inhibitor. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. December 2010, Vol. 44, No. 12, Pages 1137-1143 (doi:10.3109/00048674.2010.525216). Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/00048674.2010.525216>>.

<sup>25</sup> PHAN, K. Luan; LEE, Royce; COCCARO, Emil F. Personality predictors of antiaggressive response to fluoxetine: inverse association with neuroticism and harm avoidance. **International Clinical Psychopharmacology**, September 2011 - Volume 26 - Issue 5 - p 278–283. doi: 10.1097/YIC.0b013e32834978ac. Disponível em: <[http://journals.lww.com/intclinpsychopharm/Abstract/2011/09000/Personality\\_predictors\\_of\\_antiaggressive\\_response.6.aspx](http://journals.lww.com/intclinpsychopharm/Abstract/2011/09000/Personality_predictors_of_antiaggressive_response.6.aspx)>.

<sup>26</sup> SILVA, Hernán, et al. Fluoxetine response in impulsive–aggressive behavior and serotonin transporter polymorphism in personality disorder. **Psychiatric Genetics**, February 2010 - Volume 20 - Issue 1 - pp 25-30. doi: 10.1097/YPG.0b013e328335125d. Disponível em: <[http://journals.lww.com/psychgenetics/Abstract/2010/02000/Fluoxetine\\_response\\_in\\_impulsive\\_aggressive.5.aspx](http://journals.lww.com/psychgenetics/Abstract/2010/02000/Fluoxetine_response_in_impulsive_aggressive.5.aspx)>.

<sup>27</sup> HUBAND, Nick, FERRITER, Michael, NATHAN Rajan, JONES Hannah. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 9, Art. No. CD003499. DOI: 10.1002/14651858.CD003499.pub2. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=1904&id=CD003499&lang=pt&dblang=&lib=COC>>.

<sup>28</sup> DeVEAUGH-GEISS, J. et al. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder: the clomipramine collaborative study group. **JAMA Psychiatry** (Arch Gen Psychiatry), 1991;48:730-8.

<sup>29</sup> FOA, Edna B. et al. Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. **Am J Psychiatry**, 2005; 162:151–161. Disponível em: <[https://www.med.upenn.edu/cts/user\\_documents/Foa-ClomipramineRCT05.pdf](https://www.med.upenn.edu/cts/user_documents/Foa-ClomipramineRCT05.pdf)> e em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.162.1.151>>.

<sup>30</sup> TOLLEFSON, G.D. et al. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. **JAMA Psychiatry** (Arch Gen Psychiatry), 1994;51:559-67. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=496700>>.

<sup>31</sup> DENICOFF, K.D. et al. Efficacy of carbamazepine compared with other agents: a clinical practice survey. **The Journal of Clinical Psychiatry**. 03/1994; 55(2):70-6. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/15122405\\_Efficacy\\_of\\_carbamazepine\\_compared\\_with\\_other\\_agents\\_a\\_clinical\\_practice\\_survey](http://www.researchgate.net/publication/15122405_Efficacy_of_carbamazepine_compared_with_other_agents_a_clinical_practice_survey)>.

<sup>32</sup> BELLINO, Silvio; PARADISO, Erika; BOGETTO, Filippo. Mood Stabilizers and Novel Antipsychotics in the Treatment of Borderline Personality Disorder. **Psychiatric Times**, July 2006, Vol. XXIII, No. 8. Disponível em: <<http://www.psychiatrictimes.com/articles/mood-stabilizers-and-novel-antipsychotics-treatment-borderline-personality-disorder>>.

<sup>33</sup> BELLINO, Silvio; PARADISO, Erika; BOGETTO, Filippo. Efficacy and Tolerability of Pharmacotherapies for Borderline Personality Disorder. **CNS Drugs**, August 2008, Volume 22, Issue 8, pp 671-692. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200822080-00005#>>.

Para baixar os níveis de agressividade, em pessoas com transtornos de personalidade dissociada, os neurolépticos (haloperido e clorpromazina) e os antidepressivos (fluoxetina e tricíclicos) <sup>34</sup> são conhecidos há vários anos, pois podem auxiliar momentaneamente, em ambientes controlados. De modo geral, os dissociados não gostam de usar antidepressivos e, num grau ainda maior, não gostam de neurolépticos, em função dos efeitos colaterais e do fato de não gerarem qualquer prazer momentâneo.

Sabe-se, pois, que não há tratamento medicamentoso específico para os transtornos de personalidade: o que se pode tratar, por fármacos sintomáticos, são algumas manifestações que se repetem ou não<sup>35</sup>. Extensas comparações de neurolépticos típicos e atípicos, de tricíclicos e inibidores seletivos e de outros psicoanalépticos, mostram que ainda não há medicamentos adequados à abordagem dos transtornos de personalidade<sup>36</sup>. As abordagens possíveis são, pois, sintomáticas e paliativas.

---

<sup>34</sup> LEE, Jessica. **The Treatment of Psychopathic and Antisocial Personality Disorders**: A Review. Clinical Decision Making Support Unit. Broadmoor (UK): Broadmoor Hospital. Cambridge (UK): Institute of Criminology, 1999. Disponível em: <<http://ramas.co.uk/report3.pdf>>.

<sup>35</sup> LIEB, Klaus et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. **The British Journal of Psychiatry** (2010) 196: 4-12. doi: 10.1192/bjp.bp.108.062984. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/196/1/4.short>>.

<sup>36</sup> INGENHOVEN, T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry* 2010;71(1) :14-25. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=carbamazepine&lang=pt>>.