

Ministério da Saúde

*P*rofissionalização de
*A*uxiliares de *E*nfermagem

Cadernos do Aluno



SAÚDE MENTAL

7

Brasília - DF

Profissionalização de **A**uxiliares de **E**nfermagem

Cadernos do Aluno



SAÚDE MENTAL



*Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*

Profissionalização de **A**uxiliares de **E**nfermagem

Cadernos do Aluno

Série F. Comunicação e Educação em Saúde
2ª Edição
1ª Reimpressão



SAÚDE MENTAL



Brasília - DF
2003

Ó2001. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 2.^a edição - 1.a reimpressão - 2003 - 100.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.^o andar, sala 733

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2993

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente: Paulo Marchiori Buss

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública: Jorge Antonio Zepeda Bermudez

Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: André Paulo da Silva Malhão

Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem

Coordenação - PROFAE: Leila Bernarda Donato Göttems, Solange Baraldi

Coordenação - FIOCRUZ: Antonio Ivo de Carvalho

Colaboradores: Ana Lúcia Jesuino, Dayse Lúcia Martins Cunha, Gustavo de Mello, Leila Bernarda Donato Göttems, Maria de Jesus Martins Cunha, Maria Regina Araújo Reicherte Pimentel, Marta de Fátima Lima Barbosa, Sandra Ferreira Gesto Bittar

Capa e projeto gráfico: Carlota Rios, Adriana Costa e Silva

Editoração eletrônica: Carlota Rios, Ramon Carlos de Moraes

Ilustrações: Marcelo Tibúrcio, Maurício Veneza

Revisores de português e copidesque: Lilian Rose Ulup, Mônica Caminiti Ron-Ren

Apoio: Abrasco

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

126 p. : il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0551-0

1. Educação Profissionalizante. 2. Auxiliares de Enfermagem. 3. Saúde Mental. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. III. Título. IV. Série.

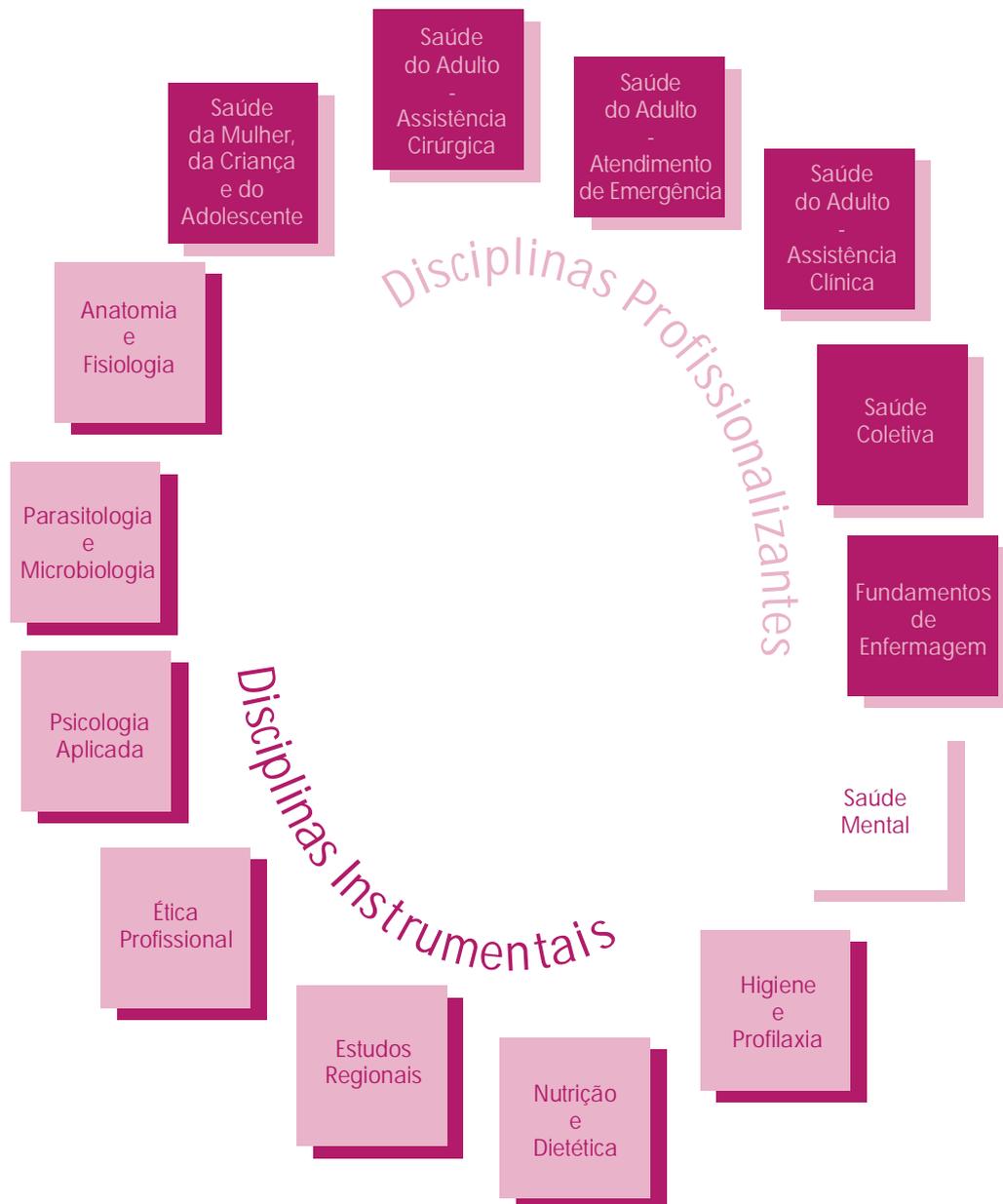
NLM WY 18.8

Catálogo na fonte - Editora MS

SUMÁRIO

1 *Apresentação* ————— *pág 7*

2 *Saúde Mental* ————— *pág 9*



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM

O processo de construção de Sistema Único de Saúde (SUS) colocou a área de gestão de pessoal da saúde na ordem das prioridades para a configuração do sistema de saúde brasileiro. A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, a regulamentação do exercício profissional e a regulação e acompanhamento do mercado de trabalho nessa área passaram a exigir ações estratégicas e deliberadas dos órgãos de gestão do Sistema.

A descentralização da gestão do SUS, o fortalecimento do controle social em saúde e a organização de práticas de saúde orientadas pela integralidade da atenção são tarefas que nos impõem esforço e dedicação. Lutamos por conquistar em nosso país o Sistema Único de Saúde, agora lutamos por implantá-lo efetivamente.

Após a Constituição Federal de 1988, a União, os estados e os municípios passaram a ser parceiros de condução do SUS, sem relação hierárquica. De meros executores dos programas centrais, cada esfera de governo passou a ter papel próprio de formulação da política de saúde em seu âmbito, o que requer desprendimento das velhas formas que seguem arraigadas em nossos modos de pensar e conduzir e coordenação dos processos de gestão e de formação.

Necessitamos de desenhos organizacionais de atenção à saúde capazes de privilegiar, no cotidiano, as ações de promoção e prevenção, sem prejuízo do cuidado e tratamento requeridos em cada caso. Precisamos de profissionais que sejam capazes de dar conta dessa tarefa e de participar ativamente da construção do SUS. Por isso, a importância de um "novo perfil" dos trabalhadores passa pela oferta de adequados processos de profissionalização e de educação permanente, bem como pelo aperfeiçoamento docente e renovação das políticas pedagógicas adotadas no ensino de profissionais de saúde.

Visando superar o enfoque tradicional da educação profissional, baseado apenas na preparação do trabalhador para execução de um determinado conjunto de tarefas, e buscando conferir ao trabalhador das profissões técnicas da saúde o merecido lugar de destaque na qualidade da formação e desenvolvimento continuado, tornou-se necessário qualificar a formação pedagógica dos docentes

para esse âmbito do ensino. O contato, o debate e a reflexão sobre as relações entre educação e trabalho e entre ensino, serviço e gestão do SUS, de onde emanam efetivamente as necessidades educacionais, são necessários e devem ser estruturantes dos processos pedagógicos a adotar.

Não por outro motivo, o Ministério da Saúde, já no primeiro ano da atual gestão, criou uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que passa a abrigar o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Dessa forma, o conjunto da Educação Profissional na Área da Saúde ganha, na estrutura de gestão ministerial, nome, lugar e tempo de reflexão, formulação e intervenção. As reformulações e os desafios a serem enfrentados pela Secretaria repercutirão em breve nas políticas setoriais federais e, para isso, contamos com a ajuda, colaboração, sugestões e críticas de todos aqueles comprometidos com uma educação e um trabalho de farta qualidade e elevada dignidade no setor da saúde.

O Profae exemplifica a formação e se insere nesta nova proposta de educação permanente. É imprescindível que as orientações conceituais relativas aos programas e projetos de formação e qualificação profissional na área da saúde tenham suas diretrizes revistas em cada realidade. Essa orientação vale mesmo para os projetos que estão em execução, como é o caso do Profae. O importante é que todos estejam comprometidos com uma educação e um trabalho de qualidade. Esta compreensão e direção ganham máxima relevância nos cursos integrantes do Profae, sejam eles de nível técnico ou superior, pois estão orientadas ao atendimento das necessidades de formação do segmento de trabalhadores que representa o maior quantitativo de pessoal de saúde e que, historicamente, ficava à mercê dos "treinamentos em serviço", sem acesso à educação profissional de qualidade para o trabalho no SUS. O Profae vem operando a transformação desta realidade. Precisamos estreitar as relações entre os serviços e a sociedade, os trabalhadores e os usuários, as políticas públicas e a cidadania e entre formação e empregabilidade.

Sabe-se que o investimento nos recursos humanos no campo da saúde terá influência decisiva na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Por isso, a preparação dos profissionais-alunos é fundamental e requer material didático criterioso e de qualidade, ao lado de outras ações e atitudes que causem impacto na formação profissional desses trabalhadores. Os livros didáticos para o Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, já em sua 3ª edição, constituem-se, sem dúvida, em forte contribuição no conjunto das ações que visam a integração entre educação, serviço, gestão do SUS e controle social no setor de saúde.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde

Saúde Mental



ÍNDICE

1	<i>Apresentação</i>	13
2	<i>Psiquiatria ou Saúde Mental?</i>	14
3	<i>A evolução da Saúde Mental</i>	15
	<i>3.1 Portas abertas para a liberdade</i>	20
4	<i>Epidemiologia da Saúde Mental</i>	30
	<i>4.1 Você gostaria de integrar uma equipe de Saúde Mental?</i>	30
	<i>4.2 Quem é o paciente que procura o Setor de Saúde Mental?</i>	31
	<i>4.3 Quem é o profissional que trabalha no setor de Saúde Mental?</i>	33
	<i>4.4 Integração da equipe de saúde mental</i>	34
5	<i>Processo Saúde - Transtorno Mental</i>	37
	<i>5.1 Fatores de influência</i>	37
	<i>5.2 E o que são os tais de id, ego e superego?</i>	44
	<i>5.3 Mesclando os três tipos de fatores</i>	45
6	<i>Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento</i>	49
	<i>6.1 Métodos diagnósticos em Psiquiatria</i>	49
	<i>6.2 Sinais e sintomas de transtornos mentais</i>	50
	<i>6.3 Os principais tipos de transtorno mental</i>	55
7	<i>Formas de Tratamento de Transtornos Mentais</i>	63
	<i>7.1 Terapia medicamentosa</i>	64
	<i>7.2 ECT - eletroconvulsoterapia ou eletrochoque</i>	81

8	<i>Condutas do Auxiliar de Enfermagem no Setor de Saúde Mental</i>	83
	8.1 <i>Setores de atendimento em Saúde Mental</i>	83
	8.2 <i>Relação terapêutica: a ferramenta indispensável</i>	88
	8.3 <i>Intervenções do auxiliar de enfermagem diante de determinados comportamentos</i>	89
9	<i>Promoção e Prevenção em Saúde Mental</i>	95
10	<i>O Auxiliar de Enfermagem e a (sua própria) Saúde Mental</i>	96
11	<i>Emergência Psiquiátrica</i>	98
	11.1 <i>Caracterizando as intervenções diante das crises</i>	101
	11.2 <i>Avaliação primária na emergência psiquiátrica</i>	104
	11.3 <i>Classificando emergências psiquiátricas</i>	105
12	<i>Referências Bibliográficas</i>	114
13	<i>Anexos</i>	116

Saúde Mental



1- APRESENTAÇÃO

O constante avanço de novas abordagens no setor de Saúde Mental faz com que os livros relativos a este assunto se desatualizem com facilidade, a menos que apresentem uma abordagem desvinculada de conceitos rígidos e utópicos. Foi o que pretendemos fazer durante a elaboração deste trabalho: fornecer, de forma ampla, e ao mesmo tempo leve e descontraída, conteúdos que permitam ao profissional de nível médio refletir e agir, atualizando-se a cada passo de sua atuação neste setor.

Mediante apresentações de fatos reais, históricos ou obtidos através de experiências profissionais, os autores levantam situações para reflexões, pois todas as áreas de atuação da Enfermagem estão intimamente ligadas à Saúde Mental. A Saúde Mental é um saber fundamental para promoção da saúde.

2 - PSIQUIATRIA OU SAÚDE MENTAL?



Por que preferimos falar em “Enfermagem Saúde Mental”? Por que não usarmos o velho termo “Enfermagem Psiquiátrica”, que, afinal de contas, até parece nos dar maior status? Por que mudar?

Vamos respondendo passo a passo as dúvidas que podem surgir a esse respeito. Falar em Saúde Mental é muito mais do que uma troca de termos; inclui uma diferença de critérios, da doença – foco central da Psiquiatria – para a saúde. Isso mesmo! Vamos falar em transtornos mentais, mas com os olhos voltados para a re-

abilitação, a saúde e a reintegração. Obviamente a Psiquiatria, com todo o seu conhecimento, é parte essencial desse estudo, mas não a única. Outras áreas de estudo se integram para formar um conhecimento mais amplo, que tente dar conta desta forma de sofrimento humano.

O termo Saúde Mental se justifica, assim, por ser uma área de conhecimento que, mais do que diagnosticar e tratar, liga-se à prevenção e promoção de saúde, preocupando-se em reabilitar e reincluir o paciente em seu contexto social.

Outro ponto é o fato de que a Enfermagem sempre pareceu, para alguns olhares menos perspicazes, estar à sombra do conhecimento médico. Mas, na verdade, ela constrói seu conhecimento e divide com **todas** as outras áreas envolvidas os louros e as frustrações de trabalhar em (ou para a) Saúde Mental.

Em última análise, a flexibilidade para desprender-se de conceitos científicos fixos e a atenção para as necessidades de mudanças a cada passo constituem pontos-chave para o crescimento pessoal e do conhecimento no setor Saúde Mental.

3 - A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL

- *Pessoas normais estão agora em outro lugar.*
- *Como será que se sentem? O que pensam?*
- *Não pensam. A doença não lhes deixou capacidade de raciocinar.*
- *Podemos tomar como fato?*
- *Podemos.*
- *Por quê?*
- *Porque a outra alternativa é inconcebível*

(Do filme “Tempo de Despertar”)

O diálogo de dois personagens, médicos do filme “Tempo de Despertar”, expressa a problemática do relacionamento do homem com o que denominamos de “transtornos mentais”. Embora o filme aborde uma enfermidade oriunda de uma virose contraída – no caso, encefalite letárgica –, a questão de como os problemas de incapacitação das faculdades mentais, ou da agressividade desprovida de senso crítico, limites e padrões éticos e morais, sempre amedrontou e ainda amedronta a humanidade.

Para evitar uma situação desesperadora, em que se admitisse que, de alguma forma, os sofrendores dos transtornos mentais tivessem consciência de suas enfermidades, encarou-se o “louco” como alguém totalmente alienado ao que se passa ao redor. Neste contexto, mais fácil seria definir que “outra alternativa é inconcebível”, simplesmente por ser aterradora sua perspectiva.

Atualmente novas terapêuticas no tratamento destes tipos de doentes têm sido adotadas na tentativa de uma maior integração entre o paciente e a sociedade. Mas esta forma de encarar o problema da “loucura” nem sempre ocorreu assim.

Para se entender a Saúde Mental nos dias de hoje, é necessário que se tenha conhecimento do processo histórico ao longo do qual ela evoluiu.

Você já deve ter assistido a algum filme bíblico, independente da religião da qual você é adepto. Se já assistiu, deve ter reparado que aquelas pessoas viviam em uma época em que a ciência era praticamente desconhecida. Sem o conhecimento científico para explicar o mundo que o cercava, como aqueles homens conseguiam entender fenômenos como o raio e o trovão, as fases da lua, o ciclo das marés, as estações do ano?

Assim, para aquelas pessoas, tudo na natureza se explicava através de idéias ligadas a práticas de magia e religião.

Da mesma forma, o conceito de doença mental estava ligado a explicações mágico-religiosas, que atribuíam a uma força sobrenatural a origem dos transtornos mentais. Assim, a loucura era aceita



O tratamento era um conjunto de métodos que variavam de rituais mágicos, exorcismo e até supliciação (tortura) dos doentes, empregados por homens a quem se atribuía a capacidade de manter um inter-relacionamento com o sobrenatural, criando explicações dentro de suas respectivas crenças. Ainda hoje, esses tratamentos são utilizados por algumas pessoas ou grupos no Brasil. Você já ouviu falar, viu ou vivenciou algum caso desse?



Ainda hoje não é raro, quando uma mulher mostra-se irritada ou mal humorada, dizerem que “é falta de casamento”. Isto acontece na sua cidade?



Ambígua – É toda situação em que se apresenta duas faces ou versões, neste caso como enviado de Deus ou do demônio.

Causas somáticas – É todo distúrbio cuja origem é orgânica.

Humores - Substância orgânica líquida ou semilíquida, como por exemplo: bile, sangue, esperma.

como uma imposição divina, uma interferência dos deuses. Por consequência, o modo como a sociedade a encarava tornava-se ambíguo, pelo fato de que tanto poderia ser o enfermo um portador, ou intérprete da vontade divina, como também um castigado pelos deuses ou um endemoninhado.

Desta forma o tratamento não poderia ser aplicado de maneira diferente. Este tinha como objetivo controlar, apaziguar ou expulsar estas forças “demoníacas”.

Na Grécia Antiga, mesmo que os distúrbios mentais fossem encarados ainda com origens sobrenaturais, procurou-se em causas somáticas a origem dos distúrbios mentais. Neste novo pensamento, a doença era causada pelo desequilíbrio interno, originado pelos humores corporais. A melancolia, por exemplo, era descrita como um quadro de tristeza causado pela “bilis negra” do fígado.

Também neste modelo surge, pela primeira vez, a descrição da histeria, que curiosamente era atribuída ao deslocamento do útero (histero), por falta de atividades sexuais.

Pode parecer engraçado, mas acreditava-se que movendo-se pelo corpo, o útero poderia atingir o cérebro, causando dispnéia, palpitação e até desmaios. Recomendava-se então, como terapêutica, o casamento para viúvas e moças, além de banhos vaginais com ervas para atrair o útero de volta ao seu local de origem.

Voltemos agora às imagens dos filmes aos quais já assistimos. Qualquer filme que trate da vida de Jesus apresenta soldados armados com escudos e lanças e que são os responsáveis pela crucificação. Estes soldados pertenciam ao Império Romano. Pois bem! No Império Romano, o tratamento dos transtornos mentais adquiriu novas idéias, que defendiam uma maior relação individual entre o médico e o portador de transtornos mentais, e se diferenciava as alucinações das ilusões, recomendando-se que o tratamento da primeira doença fosse realizado em salas iluminadas, devido ao medo que o portador de alucinações tinha da escuridão.

Ao contrário da concepção grega, que atribuía à migração do útero a causa da histeria, Galeno, em Roma, afirmava que a retenção do líquido feminino pela abstinência sexual causava envenenamento do sangue, originando as convulsões. Assim, a histeria não tinha uma causa sexual-mecânica, como afirmava o paradigma grego, mas uma causa sexual-bioquímica.

Entretanto, para o eminente médico romano, não apenas a retenção do líquido feminino era a causa dos distúrbios psíquicos. Para o alívio das mulheres da época, e das de hoje, o homem também tinha as suas alterações mentais oriundas da retenção do esperma. Desta forma, as relações sexuais e a masturbação, para Galeno, serviriam de alívio para as tensões.

Deixando de lado a questão das flutuações dos líquidos seminais, a verdade é que foi graças aos romanos que, pela primeira vez, surgiu uma concepção diferente com relação aos doentes mentais. Foram criadas leis em que se detalhava as várias condições, tais como insanidade e embriaguez, que, se presentes no ato do crime, poderiam diminuir o grau de responsabilidade do criminoso. Outras definiam a capacidade do doente mental para contratar casamento, divorciar-se, dispor de seus bens, fazer testamento e até testemunhar.

Com o fim do Império Romano, em 476 d.C., iniciou-se um período que a História denominou de Idade Média. Foi também o período em que o cristianismo expandiu-se. Muitos chamam a Idade Média de “Idade das Trevas”, mas não é pela falta de energia elétrica, que ainda não havia sido descoberta, e sim devido ao fato de todo pensamento cultural estar ligado às idéias religiosas. Isso fez com que todas as descobertas no campo científico e nos outros campos do conhecimento humano progredissem muito lentamente.

Neste período, o conceito de doença mental que surgiu foi a de uma doutrina dos temperamentos, isto é, do estado de humor do paciente. “Melancolia” era o termo utilizado com frequência para descrever todos os tipos de enfermidades mentais.

Mas afinal, o que eles chamavam de melancolia?

Constantino Africano, fundador da Escola de Salerno, descreveu os sintomas de melancolia como sendo a tristeza - devido à perda do objeto amado -, o medo - do desconhecido -, o alheamento - fitar o vazio - e a culpa e temor intenso nos indivíduos religiosos. São Tomás de Aquino descreveu a mania - fúria patológica -, a psicose orgânica - perda de memória - e a epilepsia, além de comentar também sobre a melancolia. Mas Aquino acreditava que a causa e o tratamento da doença mental dependiam fortemente da influência dos astros sobre a psique e do poder maléfico dos demônios.

Apesar de todas essas concepções científicas, seguindo o pensamento religioso da época, a possessão da mente de uma pessoa por um espírito maligno, e suas alterações verbais e de comportamento, retornou como a principal causa dos distúrbios mentais, como havia sido em épocas anteriores.

Desta forma, muitos dos portadores de alienações mentais encontraram a “cura” para seus males nas fogueiras e nos patíbulos de suplícios. Aos doentes mentais que escapavam a essa “terapêutica” imposta pelas idéias religiosas da época, o abandono à própria sorte foi o que restou. Assim, os poucos esforços como os empreendidos durante o governo do imperador romano Justiniano, para que os portadores de transtornos mentais tivessem direito a tratamento juntamente com outros enfermos em instituições próprias, foi abandonado.

Durante todo o período da Idade Média, as epidemias como a “peste negra” aliadas à “lepra” causavam grande medo na população. Quando



- Por mais estranhas que essas teorias possam parecer, ainda na atualidade ouvimos falar que o esperma acumulado sobe ao cérebro, transformando-se em algo semelhante ao queijo, ou que a menstruação pode “subir à cabeça”, ocasionado alterações de comportamento.



Ainda hoje é comum dizer que alguém é “de lua” quando queremos nos referir a uma pessoa que muda constantemente de humor.



Psique – Palavra de origem grega que, neste contexto, significa “mente”.

Patíbulos de suplícios – É a denominação figurada dos locais em que se realizam manobras de tortura e castigo, como surras, banhos gelados, sangrias e tantas outras.

estes “flagelos” começaram a se dissipar, achava-se que uma nova ameaça pairava sobre a população: os “loucos”, criminosos e mendigos.

Se por um lado, realmente liberta de muitos preceitos religiosos a ciência pode caminhar um pouco mais livremente, para os portadores de enfermidades mentais novas nuvens tempestuosas se aproximavam.

Para uma sociedade que iniciava um processo de produção capitalista, a existência de indivíduos portadores de transtornos mentais, ou de alguma forma “inúteis” à nova ordem econômica (tais como os “loucos”, os criminosos e os mendigos), andando livres de cidade em cidade tornava-se uma ameaça.

Os antigos “depósitos de leprosos”, cuja ameaça já não se fazia tão presente, abriram suas portas para a recepção destes novos “inquilinos”. Sem preocupar-se em resolver esses problemas sociais, a nova ordem político-social decidiu pelo isolamento destes seres considerados “improdutivos”.

Excluídos do mundo, os enfermos mentais foram trancafiados nos porões das prisões juntamente com todos aqueles que por algum motivo não participavam da nova ordem mundial. A semente dos manicômios havia sido plantada.

Ainda que vozes se levantassem clamando por um tratamento mais digno aos alienados, e por conseguinte se fizesse uma seleção mais nítida das “anomalias mentais”, a idéia de que “os loucos” eram perigosos e inúteis permaneceu na sociedade até os fins do século XVIII. A internação destes tornou-se caso de polícia, e a sociedade não se preocupava com as causas, manifestando insensibilidade ao seu caráter patológico. É verdade que em determinados hospitais os doentes portadores de distúrbios mentais tinham lugar reservado, o que lhes dava uma imagem de tratamento médico, sendo uma exceção; a maioria residia em casas de internamento, levando uma vida de prisioneiro.

Em 1789 (século XVIII), novos ventos sopraram na Europa Ocidental. A ordem absolutista, onde o Rei mandava sozinho à revelia dos anseios do povo, entrou em falência, e idéias mais liberais e libertadoras passaram a ser discurso constante, principalmente na França, onde a revolução vitoriosa levou grande parte daqueles que não se importavam com os problemas das cabeças alheias a perderem as suas.

É neste clima de luta pelos direitos de cidadania e da valorização do “homem” que um jovem médico, chamado Phillipe Pinel, libertará dos porões destes hospitais aqueles cuja alienação mental, e principalmente a ignorância social, haviam condenado ao isolamento.

Descendo aos subterrâneos da incompreensão humana, representados por esses porões, Pinel encontrou acorrentados às paredes fétidas e sombrias seres “humanos”, que ali jaziam há quase meio



O período que se seguiu à Idade Média foi batizado de “Renascimento”, pois toda manifestação cultural, impedida de se desenvolver pela concepção das idéias religiosas da Idade Média, “renasceu” neste “Século das Luzes”.



A situação em que profissionais buscavam outra forma de atendimento ao “louco” é retratada em vários filmes. Um deles é “O outro lado da nobreza”.



Phillipe Pinel, médico francês, foi responsável pela direção do hospital de Bicêtre, e posteriormente também do de Salpêtrière. Sua influência, atuação e grau de envolvimento com a Saúde Mental foi tão significativa que até hoje, vulgarmente se usa o termo “pinel” para denominar qualquer indivíduo que apresenta um transtorno mental.

século, condenados pelo “crime” de serem portadores de transtornos mentais.

Com uma proposta de tratamento humanitário para os doentes, aliados à prática de docência, Pinel desenvolveu uma corrente de pensamento de médicos especialistas em doenças mentais, aprimorando as descrições detalhadas dos transtornos mentais através de longas observações.

A escola francesa, inaugurada com Pinel, trouxe muitas inovações neste campo, como por exemplo, a influência de tóxicos nas alterações do comportamento, a conceituação de esquizofrenia e a divisão dos portadores de doenças mentais em duas classes: os degenerados, que apresentariam estigmas morais e físicos, sendo propensos a apresentar acessos delirantes; e os não-degenerados, que eram indivíduos normais, porém predispostos ao transtorno mental.

Esta “Escola” desenvolveu o conceito de inconsciente, paralelamente à aplicação da hipnose como método terapêutico. Nesse período, Jean Martin Charcot, que descreveu diversos sintomas histéricos, reconhecia que um trauma, em geral de natureza sexual, estava relacionado a idéias e sentimentos que se tornaram inconscientes. Como os sintomas da histeria podiam ser reproduzidos através da hipnose, sua cura também poderia advir desta prática.

Enquanto os alienistas franceses desenvolviam suas observações clínicas, na Alemanha uma nova corrente com relação aos transtornos mentais surgia: a psiquiatria. Essa corrente seguiu os caminhos da medicina, recebendo um reconhecimento internacional, e o estabelecimento de um sistema moderno de estudo dos transtornos mentais.

Nesta nova corrente de pensamento do campo dos transtornos mentais, estava um médico de origem austríaca chamado Sigmund Freud.

Formado em um ambiente científico fervoroso, Freud, um neurologista com um grande censo de rigor experimental, conservou a idéia da importância de um método científico para compreender o psiquismo e sua estreita relação com os processos físicos e fisiológicos.

Rompeu com a terapêutica da hipnose, quando influenciado por Josef Breuer, outro médico austríaco. Ele havia curado uma paciente com sintomas histéricos usando um novo método: a catarse. Durante a hipnose, a paciente relatou um acontecimento do passado relegado a um segundo plano em sua mente/memória, como se o estivesse vivenciando no momento. O fez com violenta expressão de suas emoções (catarse), e depois experimentou alívio substancial dos seus sintomas.

Através dessas observações, Freud desenvolveu os conceitos de “inconsciente e repressão”, nos quais a emoção ligada às idéias reprimidas podia afetar o comportamento nos eventos do presente.

Embora a utilização de substâncias como terapêutica no campo das doenças mentais já ocorresse desde a Antigüidade, é a partir do século XIX que o uso de substâncias (Haldol®) que agem diretamente no



Esses médicos especialistas em doenças mentais eram conhecidos como alienistas, que tratavam as alienações mentais.



Você por certo já ouviu falar de Freud. Ele é considerado o Pai da Psicanálise.



Psiquismo – É tudo aquilo originado da compreensão da mente.



Psicocirurgia – Cirurgias mutiladoras do sistema nervoso central que separavam as fibras que unem uma parte do cérebro com a outra, com o objetivo de destruir ou estimular o tecido cerebral, reduzindo as perturbações de comportamento e/ou alterando o conteúdo do pensamento ou humor.

Toxicômanos – Termo anteriormente utilizado para denominar indivíduos viciados no uso de drogas que causam dependência.

Interdição civil – É quando o indivíduo perde os seus direitos civis através de ordem judicial a pedido de alguém, não podendo se casar, negociar seus bens ou administrar suas finanças, entre outras ações.

Curatela – É a indicação judicial de alguém (curador) para administrar e fiscalizar os bens de outro indivíduo.

sistema nervoso central passaram a ser amplamente difundidas, sendo várias delas sintetizadas na segunda metade do século.

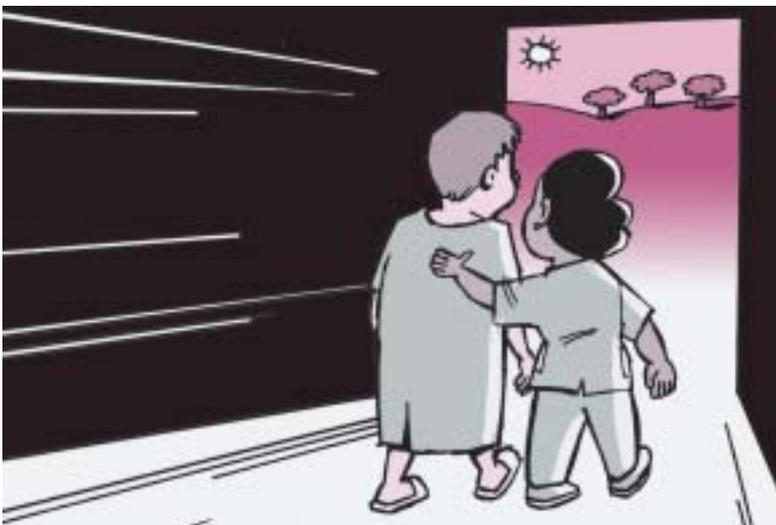
Mas foi no final dos anos de 1930, que para os casos de transtornos mentais graves houve a introdução do tratamento de choque e da psicocirurgia, sendo esta última introduzida somente baseada nos resultados da experimentação animal, sem qualquer base teórica, anatômica ou fisiológica. Após expectativas ilusórias, estas práticas foram limitadas a condições clínicas específicas. Ao término da Segunda Guerra Mundial, iniciou-se a terapia medicamentosa, com bastante sucesso.

No Brasil, paralelamente a todo este processo, a política com relação ao tratamento dos transtornos mentais permaneceu sempre “atrelada” ao modelo europeu do século XIX, centrado no isolamento dos psicopatas ou indivíduos suspeitos, toxicômanos e intoxicados habituais em instituições fechadas, mesmo quando tal modelo tornou-se ultrapassado em muitos outros países.

Já em 1916, o Código Civil prescrevia a interdição civil e a consequente curatela aos “loucos” de todo os gêneros. Até recentemente, a Saúde Mental brasileira estava ligada à legislação de 1934, que legalizava o seqüestro de indivíduos e a subsequente cassação de seus direitos civis, submetendo-os à curatela do Estado.

No fim da década de 1980, a partir das transformações sociais e políticas que vinham acontecendo no campo da psiquiatria, em países da Europa (Inglaterra, França e principalmente Itália) e nos Estados Unidos da América, inicia-se no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica. Este movimento recebeu esta denominação por apresentar e desencadear mudanças que vão muito além da mera assistência em saúde mental. Estas vêm ocorrendo nas dimensões jurídicas, políticas, sócio-culturais e teóricas.

3.1 Portas abertas para a liberdade



Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, profissionais de saúde e grupos da sociedade civil organizada avaliaram que o sistema de assistência ao doente com transtornos mentais era excludente, impedindo que os indivíduos ali tratados exercessem os seus direitos civis, políticos e sociais.

Os hospitais superlotados de doentes não dispunham de programas que os reintegrassem à sociedade. Ao serem filmados pela imprensa, as imagens

apresentadas à opinião pública eram de descuido, expresso em pacientes contidos nos leitos e em enfermarias gradeadas. A higiene precária, o sussurro de palavras arrastadas e a expressão facial de desespero demonstravam que essas pessoas, chamadas de internos, estavam abandonados à própria sorte.

Muitos chegavam ao hospício levados por seus familiares depois de um “ataque de loucura”, quando gritavam e quebravam objetos. Outros eram levados pelos familiares que queriam seqüestrar bens e/ou heranças, acreditando, por vezes, na proteção do patrimônio familiar. Havia também aqueles que, por falta de informação sobre as doenças da mente, acabavam convencidos de que a hospitalização era a melhor alternativa em momentos de crise.

Muitos advogados também utilizavam a loucura como argumento para inocentar ou amenizar a pena de seus clientes que praticavam crimes hediondos. Infelizmente para os clientes, esta estratégia nem sempre dava certo, pois acabavam sendo condenados e encaminhados aos manicômios judiciários.

Uma coisa era certa: todos os que no hospício chegavam eram submetidos às rotinas institucionais, que incluíam na terapêutica a camisa de força, o eletrochoque, a medicação em excesso e inadequada as psicocirurgias, à revelia do querer do cliente.

Neste momento, a prática predominante na área de saúde mental sustentava-se nos princípios: da hereditariedade – acreditavam que passava de geração em geração; da institucionalização - o tratamento só poderia ocorrer através da hospitalização; da periculosidade - todos os “loucos” eram agressivos e perigosos; e da incurabilidade – a loucura não tinha cura. O paciente era visto como um transtorno para a sociedade e por isso as práticas adotadas seqüestravam este cidadão temporariamente dos direitos civis, isolando-o e segregando-o em manicômios, afastando-o dos espaços urbanos.

Mas por que chegamos a este ponto? Por que no Brasil, na década de 1960, chega-se à margem de cem mil leitos psiquiátricos, quando no restante do mundo estava se refazendo conceitos sobre o tratamento desta clientela? Por que mantivemos, por tanto tempo, seres humanos encarcerados de suas identidades?

Nesta época estávamos em plena ditadura militar e não havia espaço para nenhum tipo de questionamento político e social. Dentro deste contexto, reforçava-se que o louco era de difícil convivência, perigoso e representava o diferente do convencional, do aceitável pelas regras sociais. Por isso, fazia-se necessário segregá-lo, seqüestrá-lo e cassar seus direitos civis, submetendo-o à tutela do Estado. Isso perdura na atualidade, pois o Código Civil em vigor reforça que os “lou-



Crimes hediondos –É todo crime sinistro, medonho, pavoroso, como por exemplo: chacina, assassinato de crianças, torturas com morte.



Dentro desta realidade, quantas riquezas no passado foram desviadas? Quantas pensões foram utilizadas por terceiros? E quantos donos de hospitais enriqueceram com os moradores deste sistema de custódia? As condições subumanas negavam diariamente o reencontro do usuário consigo mesmo, e a esperança de recuperação transformava-se em “ficção”.



Segregação – É todo processo de marginalização, isolamento, separação em uma sociedade, das minorias como as religiosas, raciais, pessoas com transtornos mentais.

Insalubres – São condições do ambiente e do trabalho que podem levar à deformação, ao adoecimento físico e/ou psicológico do trabalhador.



Compreendendo que a estrutura social influi no limite entre a sanidade e a loucura, e que todos nós somos clientes em potencial do sistema de saúde mental, devemos perguntar: Nesse caso, seremos considerados “loucos”? Seremos excluídos do convívio social?



Delegados - São pessoas que representam nas conferências os segmentos dos usuários, profissionais e gestores de saúde na área de Saúde Mental.

Modelo hospitalocêntrico – É o modelo assistencial baseado na prestação de tratamento hospitalar através da internação do indivíduo.

cos de todo o gênero” são incapazes para os atos da vida civil. Com esta afirmação, a segregação deste grupo era considerada legal.

Neste caos do sistema psiquiátrico, juntamente com os avanços da Constituição de 1988, surgiram espaços de elaboração e aprofundamento de leis voltadas para o atendimento das questões sociais, propiciando um ambiente adequado para que a sociedade civil, trabalhadores de Saúde Mental e a articulação Nacional da Luta Antimanicomial se organizassem pela reforma do sistema psiquiátrico, buscando um novo estado de direito para o doente mental.

Norteadas pelos princípios da universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, foram realizadas sucessivas conferências de Saúde Mental nos diversos níveis (nacional, estadual, municipal e distrital), tendo como objeto a inserção da Saúde Mental nas ações gerais de saúde. O importante é que nestas conferências o processo de municipalização, a criação dos conselhos de saúde e os dispositivos legais previstos para a efetivação do SUS foram considerados, como mecanismos na desconstrução do modelo asilar dos hospitais psiquiátricos (asilo de “loucos”).

Abandonar a idéia de que transtornos mentais eram produzidos somente por causas naturais e aceitar que os fatores sociais podem ser determinantes destes transtornos, foi uma reflexão difícil para muitos profissionais de saúde, gestores e familiares.

Atualmente, considera-se que existe uma relação estreita entre transtorno mental e a exploração da força de trabalho, as condições insalubres dos ambientes, o viver na linha da miséria, o alto índice de desemprego, as relações familiares, o estresse, a violência e a sexualidade mal resolvida como causas. Enfim, são “pequenas e grandes” coisas que a qualquer momento nos deixam no limite entre a sanidade e a loucura.

Na 2ª Conferência de Saúde Mental, em 1992, os delegados presentes resgataram propostas previstas no projeto do Deputado Paulo Delgado, de 1989, que previam a substituição do “modelo hospitalocêntrico” por uma rede de serviços descentralizada, hierarquizada, diversificada nas práticas terapêuticas, favorecendo o acesso desse cliente ao sistema de saúde, diminuindo o número de internações, reintegrando-o à família e comunidade, resultando, desta forma, na melhoria da qualidade dos serviços nesta área.

Entre os delegados, estavam representantes do segmento público e do segmento privado, que concordavam, pelo menos no discurso, em que a assistência ao cliente com transtorno mental precisava ser mais humanizada. A discordância surgia quando o tema era a substituição do sistema de internações hospitalares pela adoção de outras modalidades terapêuticas que investiam na ressocialização deste indivíduo, ou seja, sua desospitalização.

Os contrários a esta idéia, ao serem vencidos nas Conferências de Saúde Mental, passaram a fazer pressão no Congresso Nacional, impedindo a tramitação do projeto. A luta deles era pela manutenção da prática de asilamento e exclusão deste usuário do convívio social.

Justificavam sua posição argumentando que os lares não teriam estrutura para manterem financeiramente estes pacientes, somando-se os compromissos empregatícios e atividades diárias dos familiares, o que poderia indisponibilizá-los a levar os pacientes às sucessivas sessões terapêuticas e de cuidar diariamente deste indivíduo adoecido. Mas o que de fato lhes preocupava era a redução dos lucros gerados por este sistema de encarceramento do louco.

O outro lado, representado pelo movimento da reforma sanitária, sustentava a desospitalização e desinstitucionalização dos pacientes como uma forma de garantir a cidadania àqueles que passaram anos de suas vidas encarcerados em enfermarias sombrias. Esta lógica transformava também as relações institucionais, alcançando as necessidades dos funcionários e técnicos que ali trabalhavam no que diz respeito à melhoria das condições de trabalho, à implantação de um modelo participativo de gerenciamento, rompendo com a estrutura que distanciava o fazer do saber e vice-versa.

Ingenuamente, os familiares dos pacientes que há anos estavam hospitalizados, mesmo conscientes das falhas do sistema hospitalar psiquiátrico, o defendiam. O que mais os preocupava era a convivência com indivíduos com histórico de desvios da personalidade que os deixavam violentos, letárgicos, eufóricos, repetitivos, sem nexos, enfim, cujo afastamento desgastou os sentimentos, o gostar de estar junto.

A prova desta oposição de idéias foi o a tramitação lenta do projeto-de-lei de autoria do deputado Paulo Delgado, conforme se observa nos seguintes movimentos:



Tramitação – É a via legal percorrida por um projeto-de-lei até sua aprovação ou arquivamento.

DATA	ENCAMINHAMENTOS
1989 04/04/1991	Projeto-de-lei (PL) é aprovado na Câmara dos Deputados, por acordo de lideranças. PL deu entrada no Senado Federal na Comissão de Assuntos Sociais (CAS)
14/03/1995	PL foi redistribuído sendo indicado como relator o Sen. Lúcio de Alcântara
08/11/1995	O Sen. Lúcio de Alcântara dá parecer favorável a aprovação do projeto original. No mesmo dia o Sen. Lucídio Portella pede vista do processo e retarda a aprovação.
23/11/95	Sen. Lucídio Portella apresenta outro texto, de caráter eminentemente científico, fundamentado em resolução da Assembléia da Organização das Nações Unidas (ONU), de 17/11/91 intitulado “Princípios para proteção das Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para a melhoria da assistência à Saúde Mental. Este procedimento teve como objetivo atrasar o processo, numa tentativa de evitar a extinção dos manicômios.

1999	Comissão Diretora apresenta redação final do substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989 na casa de origem), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, consolidando as emendas e subemendas aprovadas.
De janeiro de 1999 a março de 2001	Com o nº 43, o parecer de 1999 retornou à Câmara dos Deputados para aprovação final.
Em 2001	Em 06 de Abril foi sancionada a Lei nº 10.216, pelo Presidente da República, sendo publicada no DOU em 09 de Abril (ANEXO I)

Esta longa tramitação de uma lei de caráter nacional não impediu que cidades como Rio de Janeiro, Brasília, Santos, Santo André e São Bernardo inserissem em suas Leis Orgânicas Municipais dispositivos legais de promoção de atendimento fora dos manicômios, já se responsabilizando pela desativação gradativa, criando uma rede alternativa de atendimento aos usuários acometidos por transtornos mentais¹.

Mas o que dizem esta lei e este substitutivo que geram tanto desconforto entre parte da sociedade civil, profissionais de saúde e gestores? O que moveu tantos interesses e que serve de referência para aqueles que trabalham na área de saúde?

Em primeiro lugar, esta lei propõe a extinção progressiva dos manicômios (instituições fechadas) e sua substituição por instituições abertas, tais como: unidades de Saúde Mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidade de atenção intensiva em Saúde Mental em regime de hospital-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços territoriais que funcionem 24 horas (NAPS), pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que preservem a integridade do cidadão.

A escolha de modalidade libertadora de atenção aos clientes com transtorno mental depende da criatividade e visão de mundo dos gestores, trabalhadores da saúde, associações de familiares e de todos os delegados dos conselhos de saúde que são responsáveis por estabelecer princípios filosóficos, operativos ou normativos, tendo como finalidade o resgate da cidadania desta parcela de excluídos da população.

Na realidade, substituir a lógica hospitalar por novas modalidades de atenção ao cliente com transtornos mentais sustenta-se nos princípios de inclusão, solidariedade e cidadania e representa um resgate ético.



¹ Padrão, 1992, p.13.

O direito à informação sobre a sua doença representa um dos pontos críticos da relação instituição/profissional de saúde e família/usuário, tendo em vista a falta de diálogo imposta pelo sistema asilar. Aos profissionais de saúde cabia o “tratar/cuidar”; à família cabia o aceitar/calar e confiar. Esta relação de poder ainda é muito forte nos dias de hoje, sendo um fator impeditivo da consolidação na prática do Art. 2º da lei, o qual prevê que o usuário tem o direito de receber o maior número de informação a respeito de sua doença e de seu tratamento, detalhado em seu parágrafo único.

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental”.

Observa-se nessa lei que a família, o trabalho e a comunidade recebem lugar de destaque, contribuindo para a inserção deste indivíduo no cenário social. Em particular, a família é levada a refletir sobre o seu papel no processo de reintegração deste indivíduo, embora existam famílias que continuem achando a internação uma solução. Nestes casos, para elaborar um plano terapêutico familiar, é pertinente estudar a cultura desta família, a maneira pela qual ela se organiza e expressa o sofrimento físico e psicológico para si e para o mundo exterior.

Outro aspecto importante é que a lei inibe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação ou financiamento de novos leitos nesta área pelo poder público, utilizando critérios rígidos e atrelando sua aprovação a comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS. Exemplificando: se quiséssemos implantar um hospital de 400 leitos para assistir clientes com transtornos mentais no município do Rio de Janeiro, teríamos de levar a proposta aos



Consentâneo – Em conformidade; conveniente; adequado as necessidades de um grupo, no caso, as pessoas com transtornos mentais.



Território – É a área ou região de abrangência do serviço de saúde, neste caso de Saúde mental, pelo qual este deve se responsabilizar. Este espaço está sempre em processo permanente de transformação e construção, em que os conflitos de interesses, projetos e sonhos fazem parte das relações entre os sujeitos.

Responsabilidade - Estabelece relação de compromisso pelos rumos do sistema de atenção na área de Saúde Mental. Para transformar este sistema, profissionais de saúde e população devem estabelecer uma parceria em busca da melhoria de qualidade de vida.

Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, além de requerer a aprovação das Comissões Bipartite e Tripartite.

Esta medida não somente dificulta a ação dos empresários que lucram com este setor, mas força a rede pública e privada de saúde a criar efetivamente mecanismos concretos de desospitalização, como os hospitais-dia, Lares Abrigados, pensões protegidas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para efetivar este processo de desmobilização da hospitalização, foi proposto na 2ª Conferência de Saúde Mental o limite e redução gradual de pagamentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) até alcançar a meta de desocupação de 20 % dos leitos ao ano. O número de hospitais distribuídos em 22 Estados era de 241, totalizando 55.387 leitos contratados e 55.488 existentes. Os estados, em ordem decrescente, que mais investiram na desospitalização foram: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Goiás.

Assim sendo, do total de leitos contratados pelo SUS, 11.774 leitos por ano deveriam ser desativados. Pode-se dizer que a meta para garantir o acesso da população com transtornos mentais a novas modalidades de serviços é de 20% ao ano, por estado.

Para alcançar esta meta, faz-se necessário o resgate do conceito de território e responsabilidade, proporcionando aos sistemas locais ou distritos sanitários a descentralização das dimensões política, ideológica e técnica de romper com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, observando a obrigação dos serviços em não abandoná-los à própria sorte.

Com relação ao processo de internação, está previsto que só poderá se dar quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Desta forma, a lei prevê três **tipos de internação: voluntária**, aquela consentida pelo usuário; **involuntária**, aquela a pedido de terceiro, sem consentimento do usuário; e **compulsória**, aquela determinada pela justiça³.

É bom lembrar que a internação involuntária a pedido da família, sem consentimento expresso do paciente, deve ser comunicada ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde no prazo de 48 horas. Deve também ser composta uma comissão interdisciplinar com integrantes da administração pública, de entidades profissionais, de usuários e da sociedade civil, para avaliar a pertinência legal da internação.

Esta medida evita o uso indevido pela família e classe jurídica da prerrogativa de dispor sobre a vida de pessoas com transtornos mentais, tendo como finalidade o gerenciamento dos seus bens e a liberação de penas judiciais.

Em casos de internação, existe também um movimento que luta pela revisão da legislação cível, no sentido de responsabilizar proprie-

3 Lei n.º 10.216, de 2001.

tários de clínicas e a equipe envolvida no processo terapêutico quando houver erro, dano ou omissão. Nestes casos, deverão ser aplicadas “(...) penalidades, sem prejuízos de eventuais processos judiciais e indenizatórios relativos ao paciente ou à família”⁴.

Na 2ª Conferência de Saúde Mental, as propostas sobre o direito à informação estão conjugadas ao direito à divulgação e educação. A divulgação desses direitos devem contemplar ações educativas em saúde mental para toda a população, extrapolando os espaços das instituições de saúde, da família e do usuário, chegando aos meios de comunicação de massa como TVs, rádios e jornais.

Esta divulgação de informações legais da Reforma Psiquiátrica inclui debates sobre um dos problemas mais sérios do mundo contemporâneo, que é o problema da droga, com a finalidade de minimizar a divulgação de notícias distorcidas sobre o assunto.

Em toda discussão sobre este assunto se defende a discriminação do usuário e dependente de drogas, recusando os procedimentos penais e apoiando os encaminhamentos para assistência à saúde. A finalidade é evitar a exclusão deste grupo do convívio social com internações prolongadas em clínicas de recuperação, garantindo o acesso e a permanência nas escolas, de todos os níveis, dos usuários e/ou dependentes de substâncias psicoativas.

Para tal, o movimento de reforma psiquiátrica vem lutando para modificar o artigo 16 do código penal que trata das sanções aos alcoólatras e drogaditos, que os coloca no mesmo nível dos traficantes. A proposta é incluir o direito ao tratamento e à reabilitação de todos os usuários, penalizando apenas os traficantes.

A propaganda direta ou indireta de fumo, álcool, agrotóxicos e medicamentos deve ser limitada ou eliminada dos meios de comunicação. Somado a isto a frase “Faz mal a saúde” deve estar contida em todos os produtos que trazem dependência química. A implantação desta medida nos anúncios de cigarro é a maior prova do alcance das ações construídas em parceria com outros setores, que ultrapassam os espaços hospitalares.

Outro ponto crítico é a prescrição abusiva de medicamentos que causam dependência, tais como: anorexígenos, antitussígenos e anticonvulsivantes. Para o controle do uso dessas drogas, é importante que os Conselhos Profissionais e a Vigilância Sanitária Estadual fiscalizem e avaliem as corporações de médicos, farmacêuticos, indústria farmacêutica e comércio, visando o controle do processo de medicalização, e implementem programas de educação continuada para os profissionais envolvidos que apontem para a desmedicalização.

O movimento de reforma psiquiátrica, nos anos 1980/1990, discute os instrumentos que incluam na vida produtiva as pessoas portadoras de transtornos mentais e de deficiências, bem como defende



Lícitas ou ilícitas, as drogas na atualidade são ou não um problema de saúde pública? Elas trazem dependência e podem levar o indivíduo a apresentar transtornos mentais?



Discriminação – É não mais considerar a dependência de drogas como crime.

Drogadito: denominação atual das pessoas que consomem drogas ilícitas e que causam dependência.

Anorexígeno, Antitussígenos e Anticonvulsivantes - Medicamentos inibidores do apetite, da tosse e utilizados para evitar convulsões, respectivamente.

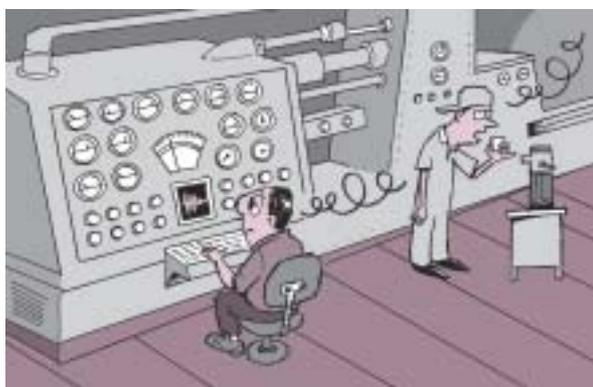


Muitos mecanismos foram previstos para reintegrar estes pacientes ao contexto social, melhorando a qualidade de sua assistência. Mas como se dá esta reintegração no mundo do trabalho? O que está sendo pensado para evitar a estigmatização e a exclusão deste cidadão da vida produtiva?

4 Relatório da 2ª CNSM, 1994, p. 43.

modificações na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e nos estatutos dos funcionários públicos municipais, estaduais e federais, no intuito de preservar a saúde mental da classe trabalhadora, tais como:

- diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica, através da diminuição das jornadas de trabalho e do aumento do período de tempo livre (folgas e férias), de acordo com a natureza das atividades;
- período de descanso durante a jornada cotidiana, destinados também a permitir a preservação da atividade mental autônoma. Tais intervalos deverão ser em número e duração suficientes para tais finalidades, em conformidade com as necessidades determinadas pela carga de trabalho exigida em cada posto, evitando as patologias do tipo lesões por esforços repetidos (LER);
- em se tratando de atividades reconhecidas como especialmente desgastantes do ponto de vista psíquico, diversificar estas atividades;



- para a prevenção da fadiga mental será obrigatória, sempre que solicitada pelos trabalhadores - através de seus sindicatos, comissões de fábricas, Comitê de Saúde ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) - a formação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e tensão psíquica. Tais grupos deverão ser constituídos de forma igual entre os pares, por técnicos especializados e trabalhadores do local, devendo, necessariamente, ao final dos estudos, formular sugestões para modificações - cuja implantação deverá ser acompanhada pelos trabalhadores, em todas as suas etapas;

- os prazos e as alternativas de modificação das condições organizacionais e ambientais deverão ser objeto de negociação entre empresas e trabalhadores;
- a duração normal do trabalho, para os empregados que trabalham em regime de turnos alternados e para os que trabalham em horário fixo noturno, não poderá exceder 35 horas semanais;
- a preservação do emprego aos trabalhadores alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais deve ser assegurada com garantia de estabilidade no emprego por 12 meses após o retorno ao trabalho, penalizando-se as empresas e empregadores que desrespeitarem a lei e garantindo-se que nenhuma outra dependência cause exclusão do trabalho⁵

Pode-se perceber a categoria de enfermagem incluída nos itens acima, principalmente no que diz respeito à exposição deste trabalhador a condições de fadiga e de tensão, vivenciada diariamente pela equipe de enfermagem. Quando a pessoa só tem um emprego,

5 Relatório da 2ª Conferência de Saúde Mental, 1994, p. 51-54

a carga horária é normalmente de 40 horas semanais, sendo duplicada quando este trabalhador possui outro emprego. Considerando que esta equipe é formada predominantemente por mulheres, essa jornada pode ser tripla, com as atribuições domésticas (casa, filhos, marido).

Além da jornada excessiva de trabalho, a equipe de enfermagem vive em constante nível de estresse, pois seu objeto de trabalho é o cuidar do outro com o seu sofrimento, com as lesões que transfiguram o corpo, com os seus resíduos (urina, fezes e sangue), o que leva ao desgaste emocional do profissional.

Desta forma, é comum que se encontre nos corredores dos hospitais profissionais em crise, alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais. São pessoas que estão doentes, se sentem doentes, mas não podem ficar doentes por depender mensalmente daquele pequeno salário para o sustento de sua família. Talvez a efetivação desta proposta no âmbito legal e a criação de um serviço de saúde mental para atender os profissionais de saúde, em particular os de enfermagem, pela natureza de seu trabalho, já seria um solução.

Como pode-se perceber, o projeto-de-lei de autoria do deputado Paulo Delgado demorou a ser sancionado no parlamento, o que não impediu que, na prática, mudanças na estrutura dos serviços de atendimento ao cliente em sofrimento psíquico fossem conquistadas. A mobilização de familiares, usuários, gestores e profissionais de saúde pela aprovação das propostas nos conselhos de saúde é que vem pressionando as autoridades municipais e estaduais a investirem em atos concretos que apontam para a ressocialização desta clientela.

Finalizando, você há de perguntar: e os pacientes que estão há longo tempo hospitalizados, sem perspectiva de integração, que destino terão? Essa também é a preocupação dos familiares destes doentes. Na Lei nº 10.216 de 2001, isto está previsto no artigo 6º, que diz: “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário”.

Outra referência é a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviço de Saúde Mental (Anexo II), que contém, como o próprio nome indica, os direitos destes usuários e sua família. Esta foi elaborada durante o III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares de Saúde Mental, realizado em Santos em 1993, sendo uma importante conquista para os usuários dos serviços de saúde mental em nosso país.

4 - EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MENTAL



4.1 Você gostaria de integrar uma equipe de saúde mental?

Com frequência, a idéia de trabalhar com “doentes mentais” pode ser assustadora para alguns profissionais de saúde, mas encantadora para outros. Apesar do desenvolvimento de programas relativos à Saúde Mental, a imagem de alguém agressivo, desprovido de senso crítico, de limites e de padrões éticos e morais ainda costuma perseguir esse tipo de clientela.

Mas se esta imagem se forma em mentes teoricamente mais esclarecidas para a área de saúde, como não haveria de se propagar para a população?

Pesquisas realizadas demonstram que uma em cada três pessoas terá pelo menos um episódio de transtorno mental no decorrer da vida, e, no período de um ano, um entre cinco indivíduos encontra-se em fase ativa da doença. No entanto, a prática aponta o período de resistência pelo qual as pessoas passam antes de se sentirem “obrigadas” a procurar ajuda, ressaltando-se o fato de que algumas jamais a procuram.

Freqüentemente ouve-se colocações do tipo: “Vim procurar ajuda porque não agüentava mais”; ou: “Há muitos anos sinto isso, mas tinha medo de me tratar”; ou ainda: “Ficava pensando no que os meus amigos iriam dizer se soubessem que me trato aqui...” O medo de “enlouquecer” ou de ser “taxado como louco” ainda é o causador de uma enorme demanda reprimida, que dificulta qualquer análise numérica mais exata. Isso sem se falar no estigma do próprio tratamento, seja ele medicamentoso ou psicoterápico.

Em nível de Brasil, principalmente em algumas áreas carentes, torna-se ainda mais difícil se obter estatísticas, pois ainda são poucos os locais onde o Programa de Saúde Mental está implantado de forma satisfatória.

Apesar de tudo isso, a demanda nesse setor vem aumentando a cada dia, causando muitas vezes a impressão errônea de que hoje as pessoas apresentam mais transtornos mentais que antigamente. É comum ouvirmos nossos pais ou avós afirmando que “estão todos enlouquecendo”, ou que “antigamente não tinha nada disso”. É verdade que o ritmo da vida de hoje é capaz de causar maior tensão nas pessoas e com isso desencadear episódios de transtornos mentais; no entanto, outros fatores podem estar influenciando no aumento desta demanda:



Demanda reprimida - É um contingente de pessoas com necessidades de atendimento e que tem seu acesso aos serviços de saúde impedidos por algum motivo: falta de vagas, do serviço ou de informações, questões culturais entre outras. Neste caso específico, os fatores principais são o medo e o estigma, além da falta de informações.

- 1 A introdução de um programa de Saúde Mental ocasionou um número maior de unidades assistenciais.
- 2 A conscientização da necessidade do acompanhamento psicológico para os pacientes de outros programas, como Saúde da Mulher (gestação, climatério, aborto), hanseníase, DST (principalmente para os portadores de HIV), tuberculose etc.
- 3 A introdução de novas formas de tratamento na Saúde Mental vem apresentando melhoras nos quadros clínicos e diminuindo o “medo do tratamento” por parte de pacientes e familiares.
- 4 A conscientização da população de que o programa de Saúde Mental pode e deve atuar como prevenção, e não só como tratamento nos surtos, vem fazendo com que a população busque assistência antes de apresentar sintomas de maior complexidade. Assim, a dona de casa que não tinha vontade de sair e que era considerada excelente, hoje se vê deprimida. O pai de família que chegava em casa exaltado e achava que era cansaço, hoje se acha nervoso. Observa-se, desta forma, uma mudança de padrões de normalidade.
- 5 A veiculação de informações sobre transtornos mentais através dos meios de comunicação (jornais, revistas, televisão, rádio etc), vem fazendo com que as pessoas identifiquem-se com os sintomas e busquem ajuda por valorizarem o que sentem. Passam a perceber que não estão sozinhas e que muitas vezes podem até estar na “moda”.

Com todos estes fatores atuando na demanda de Saúde Mental, é possível perceber que a alteração que ela vem sofrendo não é apenas numérica. Embora em números venha alcançando índices consideráveis, a sua caracterização é surpreendentemente diferente da observada há alguns anos.

4.2 Quem é o paciente que procura o setor de saúde mental?

Você já esteve em contato com alguém que sofria de transtorno mental? Qual era sua aparência? Estava desorientado? Ele agrediu você?

Sua resposta provavelmente será positiva para a primeira pergunta. Com o atual índice de usuários do setor de Saúde Mental, é muito difícil encontrar alguém que ainda não tenha tido este tipo de contato, mesmo que não atue na área de saúde. No entanto, procure as respostas para as perguntas subsequentes.





Lidar com nossas emoções é sempre algo muito difícil. Enfrentar os desafios e as mudanças que a vida nos oferece todos os dias, assim como lidar com traumas e transições importantes, como a perda de pessoas queridas, dificuldades conjugais, problemas escolares e profissionais ou a perspectiva de uma aposentadoria, por exemplo, pode não ser muito fácil.



Num setor de Saúde Mental você deve estar atento aos sinais e sintomas que os usuários apresentam e não aos diagnósticos que “carregam”. Por exemplo: tendemos a só considerar em risco de suicídio os pacientes com transtornos. No entanto, um indivíduo passando por períodos críticos, ou ainda usuário de drogas, pode apresentar riscos reais de autodestruição, mesmo que seu transtorno ainda não tenha sido identificado.



Para a família é difícil caracterizar um transtorno mental como patologia, pois esse nem sempre pode ser comprovado por exames laboratoriais.

Havia algo de estranho em sua aparência? A aparência do indivíduo que procura este setor pode ser um sinal muito importante na detecção de determinados quadros mentais e o auxiliar de enfermagem deve saber percebê-los. Mas o que desejamos ressaltar neste momento é que a menos que o paciente estivesse em franco surto, dificilmente haveria nele algo que o classificasse como um paciente com transtorno mental.

É verdade que com as variações da “moda”, muitas vezes encontramos pessoas de aparência estranha, não somente no que se refere ao vestuário, mas também com auto-mutilações, como tatuagens ou piercings. No entanto, estas pessoas nem sempre frequentam um setor de Saúde Mental, embora algumas vezes precisem de ajuda pela razão com que justificam tais procedimentos.

O nível de orientação de uma pessoa é variável com a situação que está experimentando. As atribulações do dia-a-dia e as preocupações podem nos deixar “desligados”, o que não quer dizer, necessariamente, que devamos nos inscrever num setor de Saúde Mental. O inverso também é verdadeiro. Nem todo o usuário deste setor encontra-se desorientado e suas colocações devem sempre ser ouvidas com atenção.

Em relação à agressão, embora este pareça ser o maior ponto de receio para os profissionais quando se trata de lidar com o paciente com transtorno mental, o índice de profissionais de saúde agredidos neste setor não é maior que em muitos outros setores. Isso se deve a dois fatores: violência não tem que estar necessariamente presente no transtorno mental, e nem todos os usuários do setor apresentam um transtorno mental de maior gravidade.

O grau de dificuldade em lidar com todas estas questões pode variar. No entanto, pessoas consideradas saudáveis conseguem perceber suas dificuldades e procurar ajuda. Estas constituem grande parte da demanda do setor de Saúde Mental, sem que sejam portadoras de transtornos mentais mais graves, como as psicoses.

Também fazem parte dessa demanda indivíduos que buscam laudos para conseguirem uma aposentadoria por invalidez ou mesmo um período de licença. A maioria destes não pretende ficar em casa, e sim conseguir um ganho monetário extra que permita satisfazer as necessidades básicas suas e de sua família.

O transtorno mental pode causar um profundo sofrimento ao portador, à sua família e amigos. Frequentemente, ele abate o ânimo e leva à autodestruição, que se reflete, em parte, na elevada taxa de tentativas de suicídio entre esses pacientes.

Muitas vezes tais pacientes encontram-se abandonados pela família, que ou se afasta por medo de sofrer ou por não acreditar, de fato, que as alterações de comportamento que os indivíduos apresentam sejam derivadas de uma patologia, e sim de uma deficiência de caráter.

O importante é lembrar que, num setor como este, você vai encontrar pessoas que buscam ajuda para seus transtornos. O fato de reconhecerem que precisam de ajuda para resolver suas questões emocionais pode ser a única linha que o diferencia dos pacientes dos demais setores.

4.3 Quem é o profissional que trabalha no setor de Saúde Mental?

Por sua vez, o profissional que recebe este tipo de clientela é muitas vezes encarado por seus colegas como corajoso, ou masoquista, quando não afirmam que também é “doente”. Comumente ouvimos este tipo de afirmação: “Trabalhou tanto tempo com malucos que ficou maluco também”. Esse tipo de preconceito abrange todos os níveis de escolaridade e não é raro escalar-se os profissionais “problemas” para este setor, como uma forma de castigo.

Quando uma mulher vai trabalhar no setor de Ginecologia, torna-se muito mais atenta aos possíveis problemas ginecológicos que venha a ter; quando o profissional insere-se no setor de Tuberculose, passa a prestar mais atenção em possíveis sintomas respiratórios que venha a apresentar; o funcionário do setor de DST/AIDS preocupa-se demasiadamente com seu emagrecimento. Por que seria diferente com a Saúde Mental?

O medo de vir a apresentar um transtorno mental passa muitas vezes pela mente deste indivíduo. Porém, o medo de buscar as respostas pode ser maior, pois a própria dúvida pode ser relacionada à patologia. O desconhecimento do transtorno mental associado à diversidade de fatores e sintomas pode gerar uma grande insegurança no profissional, provocando reações e posturas lamentáveis para com os pacientes e colegas. Como exemplo, certa vez, uma psicóloga foi mantida presa durante duas horas numa enfermaria com uma paciente agressiva por ter interferido quando os auxiliares de enfermagem se negavam a alimentá-la por ter se “comportado mal”.

O **despreparo** dificulta o funcionamento de todos os setores, mas o **preconceito** vem atrapalhando o preparo dos profissionais para o setor em questão. Afirmar que sente prazer em atuar na Saúde Mental pode muitas vezes custar ao profissional o rótulo de “maluco” e diminuir seu status e valor de representatividade diante do grupo.

O preconceito é o fruto da árvore da ignorância. É imprescindível a busca de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde quanto aos fatores geradores do processo saúde-doença na área de Saúde Mental para que ele possa elaborar estratégias no lidar com este tipo de clientela contraditoriamente tão comum, mas tão especial.



Masoquista – No sentido real da palavra, é a pessoa que sofre de um tipo de perversão sexual em que procura alguém que o maltrate. No contexto aqui descrito, seria uma pessoa que gosta de sofrer.

4.4 Integração da equipe de saúde mental

Certa vez, num encontro para integrantes da equipe de Saúde Mental, uma profissional contou um fato que trazia uma questão interessante, que era mais ou menos assim:

Sendo atuante em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), afirmava que sempre sentiu-se feliz com a maneira integrada com que sua equipe atuava. Era uma equipe composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, um enfermeiro e uma auxiliar de enfermagem. Porém, na prática não havia qualquer linha hierárquica que demarcasse as profissões. O paciente que chegasse poderia ter seu prontuário preenchido por qualquer um dos profissionais, só dependendo de quem estivesse disponível no momento. Assim também as participações nas oficinas ou outras atividades terapêuticas eram obrigação de todos, pois todos, igualmente, eram capazes de estabelecer **relações terapêuticas** com o paciente.

Até mesmo na cozinha algumas psicólogas foram atuar para que a cozinheira tivesse férias. “Éramos uma família!” – dizia nossa narradora. Todos eram igualmente importantes e indispensáveis; embora suas profissões fossem diferentes, suas funções se confundiam num único objetivo: atender o usuário.

Foi então que apareceu Carlos. Ele era um paciente com dependência total que fora encaminhado àquela unidade por acharem que poderia beneficiar-se deste tipo de assistência. Na primeira vez que sujou as fraldas, surgiu a pergunta: quem vai trocar as fraldas de Carlos?

Uma pergunta que se repetiria inúmeras vezes. E nunca a função da auxiliar de enfermagem fora tão lembrada. Esta, por sua vez, argumentava que como fazia parte de uma equipe integrada, todos teriam que executar a troca de fraldas. Os outros se negavam, afirmando que sua função não era essa.

Carlos não continuou na unidade. Seu grau de dependência não era compatível com os recursos do local. No entanto, uma dúvida passou a dificultar a aparente integração da equipe, que até aquele momento se perguntava: quem vai trocar as fraldas de Carlos?



Quando se fala de uma integração de equipe de saúde, é natural que surjam as distorções e confusões que muitas vezes tendem a minar esse processo de trabalho. A equipe de saúde vem de uma história de relação de poder em que o médico está sempre no topo da escala. E o auxiliar de enfermagem na base.

Muitas vezes fazemos parte de uma equipe sem que estejamos integrados a ela. Assim, se você trabalha numa equipe onde cada um tem seu papel isolado, sem nenhuma relação entre si, onde cada um preocupa-se em realizar a sua tarefa independente da do outro, você faz parte desta equipe, mas não está, por certo, integrado a ela.

Integrar-se a uma equipe é antes de mais nada **entregar-se** ao que ela representa. Não é cumprir tarefas, mas realizar trabalhos. Numa equipe integrada, não existe o **bom funcionário**, só a **boa equipe**. É estar ciente de que o outro precisa de você e que você precisa do outro. É ainda romper as linhas divisórias que o separa do outro e o distância do objeto a ser atingido – no caso de uma equipe de assistência em saúde, quase sempre a recuperação do paciente.

As funções do auxiliar de enfermagem não são diferentes porque eles atuam numa equipe de Saúde Mental. Promover o conforto do paciente, atender suas necessidades básicas, prevenir agravos são questões sempre presentes em sua atuação, seja lá em que setor esteja. No entanto, ele deve ter consciência de que, muitas vezes, pode estar percebendo detalhes relativos ao paciente que os outros membros da equipe, mesmo tendo uma formação mais aprofundada, podem não ter captado. Sensibilidade não se aprende na escola, faz parte das vivências de cada um.

Assim, são indispensáveis as observações do auxiliar de enfermagem, como a de qualquer outro profissional.

Posso citar, como exemplo, o caso de uma paciente que havia sido internada em um hospital psiquiátrico com um diagnóstico de esquizofrenia. O interessante, no entanto, tinha sido a forma como ela surgira. Ao término de uma festa de integração entre família, paciente e equipe de saúde, depois de todos terem ido embora, ficando apenas os internos, lá estava ela! Comodamente sentada, assistindo televisão. Ao indagar-se quem era e onde morava, respondeu apenas: Quem eu sou não sei, mas moro aqui!

E morou mesmo! Por três meses, Norma, como mais tarde se identificou, morou no hospital e por mais que se tentasse descobrir sua origem ou família, nada havia sido obtido. Até que um dia, enquanto a auxiliar de enfermagem lia para ela um gibi do Mickey, (atividade prazerosa para ambas) ela, identificando-se com o personagem que dava o endereço para a namorada Minnie,



também começou a fornecer o seu endereço. O momento era aquele! Uma pequena cortina se abriu! Não havia tempo de se chamar uma psicóloga, assistente social ou enfermeira. Mais que depressa, a profissional, valorizando a informação, tratou de anotá-la em prontuário e de notificar a equipe.

Duas semanas depois, a equipe presenciava, emocionada, o reencontro de Norma (este não era o seu nome) com sua família, que a procurava há dois anos. Hoje ela encontra-se reintegrada a uma sociedade, porque uma profissional não se deteve em realizar tarefas limitadas, foi além.

Integrar-se à equipe, modificando esse papel tão comum de “cumpridor de tarefas”, é necessário; e, em Saúde Mental, poderia se dizer que é **essencial**. Conscientizar-se de seu grau de importância numa equipe, não como cumpridor de tarefas, mas como membro atuante e indispensável na recuperação do paciente e prevenção de surtos ou desenvolvimento de transtornos, é, para o auxiliar de enfermagem, a maneira de humanizar-se.

Retornando à questão das fraldas de Carlos, qualquer membro da equipe poderia e deveria trocá-la, se a necessidade surgisse enquanto ele estivesse com o paciente. Porém o auxiliar de enfermagem não pode esquecer-se que esta atividade faz parte de seu preparo e não da de outro profissional. Uma dobra na roupa de cama é capaz de produzir bem mais que desconforto num paciente acamado, não é?

Mesmo que entenda isso, os demais profissionais podem não ter a destreza e habilidade desenvolvida pelo auxiliar de enfermagem em seu curso. Neste caso a especificidade era outra.

Assim, todos podem participar das oficinas, porém o terapeuta ou psicólogo não podem estar alheios ou distantes a isso, para que o processo não seja prejudicado. Todos poderiam trocar as “fraldas de Carlos”, mais o auxiliar de enfermagem deve estar sempre atento quanto à maneira como este cuidado vem sendo realizado. Não se trata apenas de trocar fraldas, mas de prevenir desconforto, transtornos e agravos ao paciente.

5 - PROCESSO SAÚDE - TRANSTORNO MENTAL

5.1 Fatores de influência

Você já enfileirou peças de dominó uma após a outra? Ou quem sabe já tentou fazer um castelinho de blocos de madeira? O que acontece se derrubarmos a primeira peça da fila, ou se puxarmos uma das peças que formam a base do castelo? As outras caem em seguida, não é verdade? E, ao vermos todas as peças derrubadas, muitas vezes não somos capazes de identificar qual foi a causadora do desastre, até porque uma foi causando a queda da outra.

Com os fatores geradores do transtorno mental acontece algo muito parecido. Precisamos compreender que nós, seres humanos, funcionamos como um todo, ou seja, vários fatores influenciam ao mesmo tempo os nossos comportamentos, as nossas escolhas. Por exemplo, se alguém desenvolve um medo excessivo da violência atual, a ponto de recusar-se a sair às ruas, ou até mesmo a atender o telefone, assistir televisão ou chegar ao portão de casa, podemos pensar de imediato que há várias causas colaborando para isso, como: a história de vida do indivíduo, se foi uma criança muito protegida ou excessivamente exposta; os mecanismos fisiológicos que atuam na resposta de medo; o próprio aumento da violência nos dias atuais e a exploração que a imprensa faz disso; alguma perda de pessoa querida em período recente. Tudo pode atuar **ao mesmo tempo**.

Esse é um conceito do qual ouvimos muito falar atualmente: o de **multicausalidade**. Ou seja, várias são as causas que fazem com que o indivíduo venha a desenvolver, em determinado momento de sua história, um transtorno mental.

No entanto, muitas vezes é difícil trabalharmos com esse conceito em mente, pois não somos acostumados a avaliar situações como um todo, além de ficarmos achando que se encontrarmos uma única causa para o problema, o resolveremos mais depressa. Essa forma de raciocínio é tão tentadora que existem até muitos especialistas que ficam insistindo que a causa de tal transtorno mental é “apenas” física ou “apenas” emocional. O que acontece é que, com isso, acabamos vendo só um pedacinho do paciente e acabamos por não ajudá-lo a se ver por inteiro, dificultando o processo de melhora. Felizmente, profissionais com essa visão restrita estão ficando mais raros.



Assim, precisamos tornar nossa visão mais ampla. Quando nos detemos a tentar conhecer mais as pessoas que estamos atendendo, saber do que gostam, de onde vêm, como vivem, torna-se mais fácil fazer uma idéia dos fatores que podem estar exercendo maior influência no momento atual de seu transtorno.

De forma simplificada, podemos dizer que três grupos de fatores influenciam o surgimento da doença mental: os físicos ou biológicos, os ambientais e os emocionais.



5.1.1. Fatores físicos ou biológicos

O nosso corpo funciona de forma integrada, isto é, os aparelhos e sistemas se comunicam uns com os outros e o equilíbrio de um depende do bom funcionamento dos outros.

Muitas vezes podemos achar difícil de entender como sintomas tão “emocionais” como sentir-se culpado ou ter pensamentos repetidos de morte ou ouvir vozes possam ter também uma base orgânica, mas ela existe. O envelhecimento, o abuso de álcool ou outras

substâncias são exemplos comuns. Em muitos casos essa base já pode ser identificada e descrita pelos especialistas, em outros casos ainda não.

O que se sabe é que sempre que temos alguma emoção, seja ela agradável ou desagradável, ocorrem uma série de trocas elétricas e químicas em nosso cérebro, o que já constitui, por si só, um fator orgânico.

Podemos definir os fatores físicos ou biológicos como sendo as alterações ocorridas no corpo como um todo, em determinado órgão ou no sistema nervoso central que possam levar a um transtorno mental.

Dentre os fatores físicos ou biológicos que podem ser a base ou deflagrar um transtorno mental, existem alguns mais evidentes, que avaliaremos a seguir.

a) Fatores genéticos ou hereditários

Quantas vezes já ouvimos dizer que fulano “puxou” o gênio do pai? Ou que tem “problema de cabeça” que nem a tia? Ou que é nervoso que nem a mãe?

Quando usamos essas expressões, estamos nos referindo às possíveis **heranças genéticas** que possamos trazer em nosso comportamento e forma de ser.

O nome “genético” vem da palavra genes, que são grandes moléculas que existem dentro de nossas células contendo informações



Qualquer alteração no corpo como um todo é chamada de sistêmica.



Herança genética é tudo aquilo que “passa” do pai e da mãe para os filhos através de códigos que vêm inscritos em nossas células.

sobre como nosso corpo deve se organizar. As informações contidas nos genes são muitas e não são todas que utilizamos; algumas ficam guardadas.

Em Psiquiatria, os fatores genéticos ou hereditários têm sido muito falados ultimamente, muitas vezes em programas de televisão, sempre caracterizados como grandes descobertas. Isso porque embora popularmente sempre se diga que a pessoa com transtorno mental o herdou de alguém da família, há muito tempo os cientistas tentam identificar se essa “herança” veio através do corpo ou do ambiente em que a pessoa foi criada. Atualmente, os avanços da Medicina têm permitido identificar alguns genes que possam ter influência no desenvolvimento de transtornos mentais.

No entanto, é importante deixar claro que quando se fala de fatores genéticos em Psiquiatria, estamos falando de tendências, predisposições que o indivíduo possui de desenvolver determinados desequilíbrios químicos no organismo que possam levá-lo a apresentar determinados transtornos mentais.

Ainda assim, é uma grande armadilha acreditarmos que aí está “toda” a causa da doença mental, pois passamos a acreditar que a solução do problema só estará neste ponto e deixamos de prestar atenção em todos os outros aspectos da pessoa que atendemos em sofrimento mental.

Dessa forma, a constituição genética precisa ser vista como uma “facilidade orgânica” para desenvolver um determinado transtorno mental, mas não há garantias de que, ao longo da vida do sujeito, tal fato ocorrerá, visto que dependerá de outros fatores para que tal “tendência” de fato se manifeste.

Em alguns filmes de ficção do futuro, vemos pessoas tendo cartões magnéticos contendo informações sobre seu genoma (o “mapa” de seus genes), utilizados como carteira de identidade. Os cientistas afirmam que isto não está tão longe de acontecer. Imaginamos até que seja possível, mas esperamos que até lá a sociedade tenha evoluído o suficiente para não usar de forma preconceituosa tais informações. Ou talvez venhamos a descobrir que todos nós temos uma ou outra alteração genética que possa nos predispor ao transtorno mental.

b) Fatores pré-natais

As condições de gestação, dentre eles os fatores emocionais, econômicos e sociais, o consumo de álcool, drogas, cigarro e de alguns tipos de medicação podem prejudicar a formação do bebê, gerando problemas futuros que poderão comprometer sua capacidade adaptativa no crescimento e desenvolvimento, podendo facilitar o surgimento da doença mental.



Os genes se organizam dentro de estruturas que se chamam cromossomas (tudo isso ainda dentro de cada célula do nosso corpo). Em cada célula existem 46 cromossomas, organizados em pares. Todas as células de nosso organismo possuem os mesmos 46 cromossomas, menos as células germinativas, ou seja, os óvulos e os espermatozoides. Essas células contêm somente 23 cromossomas, apenas a metade das outras células do corpo.

Quando ocorre a fecundação, os cromossomas de uma e outra célula germinativa (espermatozoide e óvulo) se unem, formando pares, somando um total de quarenta e seis, dando início ao novo ser. Quando os cromossomos se unem, os genes neles contidos formam diferentes combinações, o que faz com que filhos dos mesmos pais tenham características diferentes.



Há casos nos quais a influência genética é determinante de um problema. Por exemplo, a existência de um terceiro cromossoma no par 21 gerará, sem dúvida, a Síndrome de Down, que trará uma situação de atraso mental para esse indivíduo. Isso nos informa que esse indivíduo terá uma adaptação mais difícil ao mundo e que, portanto, necessitará de recursos especiais, no caso a educação especializada.

c) Fatores peri-natais

Peri-natal é tudo aquilo que acontece “durante” o nascimento do bebê. Em algumas situações o bebê pode sofrer danos neurológicos devido a traumatismos ou falta de oxigenação do tecido cerebral. Nesses casos, dependendo da gravidade desses danos, a criança poderá desenvolver problemas neurológicos (como, por exemplo, a epilepsia ou diversos tipos de atraso de desenvolvimento) que podem formar a base para futuros transtornos psiquiátricos.

d) Fatores neuro-endocrinológicos

O sistema endócrino, que é responsável pela regulação do equilíbrio de nosso organismo, faz isso através da produção de hormônios pelas glândulas endócrinas (pituitária, tireóide). Acontece que esse sistema tem estreita ligação com o sistema nervoso central, havendo uma influência recíproca entre eles, isto é, o que acontece em uma causa reações no outro e vice-versa.

Muitos estudos recentes têm mostrado a ligação entre mecanismos neuro-endocrinológicos e reações cerebrais. As mudanças hormonais podem influenciar nosso estado de humor e deflagrar até mesmo estados psicóticos como é o caso da psicose puerperal ou da tensão pré-menstrual (TPM).

e) Fatores ligados a doenças orgânicas

O transtorno mental pode também aparecer como consequência de determinada doença orgânica, tal como infecções, traumatismos, vasculopatias, intoxicações, abuso de substâncias e qualquer agente nocivo que afete o sistema nervoso central.



Psicose puerperal - É um estado psicótico que pode ocorrer na mulher após o parto.



Por ambiente podemos definir tudo aquilo que está “fora do indivíduo, que não é inerente a ele, mas que está o tempo todo à sua volta”. Não há como não estabelecer trocas com o ambiente em que vivemos, estamos o tempo todo interagindo com ele. Como você interage e se adapta ao ambiente em que você mora ou trabalha?

5.1.2. Fatores Ambientais

Você acorda pela manhã e percebe que o tempo mudou. O sol que havia ontem não apareceu hoje, faz frio e cai forte chuva. Ao se preparar para sair, com certeza você buscará roupas mais quentes e procurará se proteger



com capa ou guarda chuva. Estamos, assim, procurando nos ajustar aos fatores ambientais (nesse caso, climáticos).

Na verdade, estamos o tempo todo procurando formas de nos adaptarmos, o melhor possível, ao que acontece à nossa volta. Tantos

são os estímulos que sofremos que acabamos desenvolvendo maneiras características de reagir, muitas vezes supervalorizando as informações que nos chegam, outras vezes tornando-nos apáticos a elas. Que sensação você experimenta quando entra em contato com as constantes (e massacrantes!) notícias de violência via rádio e televisão? As pessoas costumam ter diferentes reações: algumas tornam-se apáticas a elas, outras fazem uso do humor para digeri-las, outras tornam-se excessivamente medrosas, e assim por diante. Como exemplo, uma paciente passou a pensar na possibilidade de fazer algum mal à sua pequena filha a partir de noticiários de rádio que relatavam maus tratos e até homicídios materno-infantis.

Os fatores ambientais exercem forte e constante influência sobre nossas atitudes e nossas escolhas diárias, tanto externa quanto internamente, isto é, como nos sentimos e enxergamos a nós mesmos. As reações a cada estímulo ambiental se darão de acordo com a estrutura psíquica de cada pessoa, e essa estrutura psíquica estará intimamente ligada às experiências que a pessoa teve durante a vida. Assim se estabelece uma relação circular entre todos os fatores geradores de transtorno mental onde um ocasiona o outro.

Para melhor compreensão, podemos dizer que os fatores ambientais podem ser sociais, culturais e econômicos.

Como **sociais** podemos compreender todas as interações que temos com o outro, nossas relações pessoais, profissionais e com outros grupos. Estudos falam da importância das pessoas significativas em nossa infância e de como ficam marcadas em nós as suas formas de pensar e agir, assim como as reações que passamos a ter influenciam o nosso comportamento diante de outras pessoas. Se, com as pessoas importantes de nossa infância, aprendemos que existem pessoas que não são confiáveis e que devemos estar sempre atentos para não sermos enganados, possivelmente teremos dificuldades em confiar em alguém mesmo em nossa vida adulta.

Entre os fatores ambientais **culturais** podemos lembrar de todo o sistema de regras no qual estamos envolvidos. Este sistema varia de país para país, de estado para estado, de grupo para grupo, e também de acordo com a época. Ou seja, noção de certo e errado, de bom e mau varia muito dependendo do local e época em que estamos. Os mitos, as crenças, os rituais que nos cercam, nos dão as noções de bem e mal que são aceitas pelos grupos aos quais pertencemos, seja ele o nosso país, o nosso grupo religioso, a nossa escola ou mesmo a nossa família.

Outro grupo de fatores ambientais que podemos perceber como exercendo influência sobre nós são os **econômicos**. Nesse tópico tanto podemos nos referir à nossa possibilidade mais direta de aquisição de bens, ou seja, “nosso bolso”, quanto às atuais condições sociais, onde a miséria, aliada à baixa escolaridade, pode levar ao aumento da criminalidade e esta ao aumento de tensão em nosso dia-a-dia.

Vale observar que todos estes grupos de fatores ambientais estão presentes tanto em meios menos extensos, como a família, quanto em meios mais amplos, como a própria humanidade.

5.1.3. Fatores emocionais ou psicológicos



Continuamos tentando compreender o que, afinal de contas, torna as pessoas diferentes umas das outras. O que faz com que se comportem de uma maneira e não de outra. Já abordamos os aspectos físicos e os ambientais e, não por acaso, deixamos para abordar os aspectos emocionais depois de bem compreendidos os anteriores. Isso porque, como já foi visto antes, os fatores influenciam-se entre si, mas no caso dos aspectos emocionais estamos falando de formação de identidade, que se inicia justamente com a conjugação dos aspectos físicos e ambientais.

Cada pessoa vem a este mundo como ser único, diferente de todos os outros. Cada um de nós apresenta, mesmo ao nascer, uma forma de interagir com o mundo que influencia o comportamento de quem está à nossa volta e é influenciado por ele. Não é incomum as mulheres que possuem mais de um filho afirmarem que foram bebês totalmente diferentes: um dormia mais, outro chorava o tempo todo, ou estava sempre doente.

Também devemos lembrar que, quando nascemos, já trazemos conosco uma “história de vida”. Se fomos desejados ou não, se somos o primeiro filho ou o décimo, se nossa estadia na barriga foi tranqüila ou cheia de altos e baixos, se a mamãe fez uso de algum medicamento ou droga que tenha nos deixado mais agitados ou mais apagados, se tivemos ou não dificuldades maiores no parto, se fomos bem atendidos e fomos logo para perto da mamãe, ou se tivemos que ficar mais tempo longe (indo para uma UTI neonatal, por exemplo), se a mamãe ficou bem após nosso nascimento (disponível para gente) ou se teve, por exemplo, uma depressão puerperal.

Bom, estes são só alguns exemplos que mostram que nós já “botamos o pé na vida” com algumas características que nos são individuais e que as interações que vamos estabelecer com o mundo, a partir de nosso nascimento, serão formadoras de um modo de ser caracteristicamente nosso, mais ou menos ajustado, ao qual chamamos **personalidade**.

Pois bem, voltemos a pensar um pouco no “nosso bebê”...

Ao nascer, o bebê não tem ainda consciência de si mesmo e do mundo à sua volta. Não consegue diferenciar suas sensações internas do mundo externo. Apenas consegue perceber sensações boas (prazerosas) e más (desprazerosas). A fralda molhada dá desprazer e ele chora. O colo da mamãe dá prazer (possivelmente lembra o conhecido aconchego do útero e dá segurança) e ele dorme.

Nessa seqüência, entre chorar e ser confortado, se dá um dos alicerces fundamentais para o restante da vida do bebê (e dificilmente a mãe se dá conta do papel fundamental desses momentos), pois, aos poucos, a criança vai construindo a noção de confiança, que é o ponto de partida para sentimentos como segurança, otimismo e fé na vida adulta. Além disso a formação do vínculo afetivo com a mãe ou pessoa substituta faz com que o bebê ganhe condições para amadurecer e voltar-se para conhecer e experimentar o mundo.

Imagine-se chegando sozinho a um país estranho, onde você não conhece a língua, os costumes, nada (que sufoco, não?). Agora imagine que nesse lugar esteja te esperando alguém que fala a sua língua (que alívio!) e que pode te ensinar tudo quanto você precisa para se adaptar melhor. A mãe e o pai, ou pessoas substitutas, atuam mais ou menos como “guias turísticos” do mundo para o bebê que chega. A grande diferença é que o bebê é um “turista” até mesmo em seu próprio corpo, precisando de alguém para ajudá-lo a se conhecer.

Acontece que quando o bebê não tem suas necessidades atendidas, ele não tem ainda a capacidade de suportar a sensação ruim para aguardar a boa. O bebê não diz para si mesmo: “Ah! Agora estou com fome, mas mamãe não pode me dar de mamar porque está tomando banho. Tudo bem! Quando ela sair do banheiro, eu choro de novo.” Não! Para o bebê recém-nascido, a fome é um desprazer tão intenso que, se não atendida, adquire tons de ameaça de destruição (mais ou menos como nos sentiríamos diante do fim do mundo). Nesses momentos o bebê experimenta profunda sensação de desamparo.

A repetição constante de tais exposições à frustração, por períodos mais prolongados, pode levar o indivíduo, no futuro, a desenvolver uma série de transtornos mentais. Alguns autores identificam aí as raízes emocionais das psicoses e da famosa síndrome do pânico.

À medida que vai estabelecendo trocas positivas com as pessoas que cuidam dele, o bebê vai criando uma diferenciação entre ele e o restante do mundo (que, nesse momento, ainda são as pessoas mais próximas) e vai adquirindo uma certa tolerância à frustração e maior capacidade de espera, pois já consegue “antecipar” (fazendo uso da memória) a satisfação de suas necessidades.

Com a continuidade de seu crescimento e desenvolvimento, a criança vai adquirindo noções de julgamento de si e dos outros, isto é, vai internalizando as regras e proibições de seu ambiente e passando a captar a impressão que ela própria provoca no ambiente.



As experiências posteriores da criança podem aumentar ou diminuir os efeitos das primeiras experiências do bebê.

Assim, entramos em contato com o ambiente social mais amplo pelas portas que abrimos nas relações com nossa família nuclear ou com outras figuras de sobrevivência de nossas vidas.

5.2 O que são os tais de id, ego e superego?



Sigmund Freud identificou cada uma das formas de funcionamento da estrutura psíquica com nomes que nos parecem estranhos, pois têm sua origem na língua alemã.

Ao modo de funcionamento mais primitivo, aquele do bebê recém-nascido, onde predominam os impulsos e sensações corporais de forma mais desorganizada, Freud chamou de id. **Id** seria o ponto de partida de todo ser humano, a fonte básica de energia de nosso ser, que será organizada a partir de nosso contato com o ambiente.

O aparecimento da consciência eu/outra, da capacidade de espera, mostra o surgimento do ego (de acordo com as idéias de Freud). **Ego** é a parte de nós que lida com a realidade e negocia com ela as satisfações das necessidades geradas no id. Por exemplo, quando sentimos fome estamos detectando o surgimento de uma necessidade. Sabemos que para satisfazermos esta necessidade precisamos comer algo porque lembramos de outras vezes em que isto aconteceu (memória já é uma atuação do ego). Podemos decidir se vamos para a cozinha, a uma lanchonete ou a um restaurante de luxo através da avaliação de quanto dinheiro temos para gastar com esta refeição (estamos buscando, na realidade, meios adequados para a satisfação de nossa necessidade).

O ego tem três tarefas básicas: a nossa auto-preservação, nosso auto-controle (não é porque sentimos atração sexual por alguém que vamos “atacar” tal pessoa) e nossa adaptação ao meio ambiente.

Quando o indivíduo sofre de transtornos mentais, as funções adaptativas do ego geralmente são afetadas, especialmente nos transtornos psicóticos que se caracterizam por um vínculo precário com a realidade externa.

À capacidade de julgamento moral (noção de certo e errado) que passamos a adquirir com o passar da infância, Freud chamou **superego**. Esta seria a parte de nós mesmos que se liga aos códigos morais de nosso ambiente e de nossa espécie. Ter essa noção de certo e errado



Id não pode ser comparado ao “diabinho” que nos leva a fazer coisas erradas. Por si só não é bom nem mau, é apenas nossa fonte de necessidades.

muitas vezes não chega a nos impedir de realizar determinadas ações, mas nos sinaliza que fizemos algo inadequado.

Estas três instâncias de nossa mente vivem, assim como o nosso corpo, em busca de um nível de equilíbrio que nos permita ter o máximo possível de experiências boas e o mínimo de experiências ruins. Mas nem sempre isso é fácil. Muitas vezes nos encontramos dentro de situações das quais não gostaríamos de participar, mas não vemos outra saída. Outras vezes, ainda, nos percebemos querendo e não querendo alguma coisa ao mesmo tempo. Nessas situações se estabelecem conflitos dentro de nós.

Os **conflitos** podem ser extremamente desgastantes do ponto de vista emocional. Sempre em busca do equilíbrio, lançamos mão de “estratégias” que nos tirem pelo menos temporariamente daquela situação. A essas “respostas de proteção”, que são, em geral, inconscientes e automáticas, chamamos mecanismos de defesa.

Os **mecanismos de defesa** não são, por eles mesmos, patológicos nem saudáveis. É o uso que fazemos deles e o grau de rigidez que estabelecemos internamente para seu uso que faz com que sejam mais ou menos favoráveis ao nosso ajustamento. Por exemplo, sair para caminhar pode ser uma excelente solução quando estamos prestes a “explodir” com alguém em determinada situação, mas se **só** soubermos fazer isso para lidar com nossos conflitos, em breve estaremos em apuros.



Geralmente o que chamamos de “doer a consciência” tem a ver com a atuação do superego.

5.3 Mesclando os três tipos de fatores

A partir de agora veremos alguns conceitos muito usados em Psiquiatria, sendo muitas vezes apontados como constitutivos ou provocadores do transtorno mental, nos quais percebemos que há uma mescla dos fatores físicos, ambientais e emocionais.

5.3.1 Ansiedade é doença?

Em nosso contato com a realidade, é comum desenvolvermos sentimentos de felicidade e gratificação diante de sucessos e sentimentos de decepção e sofrimento diante de nossos insucessos. Diante de nossos sofrimentos passamos a detectar como “perigo” tudo aquilo que ameace nossa segurança e tranquilidade, seja real ou imaginário. Costumamos também desenvolver uma série de reações diante das situações que julgamos ameaçadoras, reações às quais chamamos ansiedade.





Em geral, na ansiedade também podem ser observadas reações comportamentais como irritabilidade, dificuldades em conciliar o sono, dificuldades em ficar parado, roer unhas, alterações de apetite, aumento no uso de álcool, cigarros e outras drogas ansiolíticas.

A **ansiedade** apresenta reações emocionais e fisiológicas. As reações emocionais são ligadas ao medo e se apresentam como desconforto, inquietude, apreensão. As reações fisiológicas são ligadas à tensão e aparecem como sudorese, taquicardia, opressão no tórax ou epigastro, dores musculares, cefaléia, boca seca, queimação no estômago, ou ainda diarreia, náuseas, vômito, tonturas, turvação na vista.

Ansiedade está intimamente ligada às situações de mudança, uma vez que teremos de sair do ritmo com o qual estamos acostumados, o que mexe com nossa segurança. Por isso, todos nós experimentamos ansiedade em vários momentos de nossas vidas. Ansiedade é uma emoção normal, como a tristeza ou a alegria, e até um certo ponto desejável, visto que pode estimular a inteligência e a criatividade, além de nos impulsionar para mudanças necessárias.

Podemos dizer que a ansiedade torna-se um transtorno quando mantém seu grau elevado por um período mais prolongado do que, por exemplo, alguma situação de crise que estejamos passando, e/ou quando se torna incapacitante, dificultando ou impossibilitando nossas atividades cotidianas.

5.3.2 Por falar em crise...

Crise é uma palavra das mais usadas atualmente. O país está em crise, a saúde está em crise, o local onde trabalhamos geralmente está passando por uma crise, o paciente “teve uma crise”, nós estamos em crise.

Mas o que quer dizer crise dentro da Saúde Mental?

Existem coisas que acontecem uma vez ou outra em nossas vidas, e que podem nos parecer agradáveis ou desagradáveis, tais como ter um filho, ficar doente, perder o emprego etc. Essas situações muitas vezes nos pegam de surpresa e exigem que a gente busque uma forma de se adaptar. Costumamos chamá-las de crise, um conceito muito importante para quem procura compreender a pessoa com transtorno mental.

O termo crise foi inicialmente empregado em Psiquiatria em 1963, por Caplan e Lindemann, para descrever as reações de uma pessoa a situações traumáticas, tais como uma guerra, desemprego, morte de alguém querido.

Eric Erikson usou o mesmo termo para descrever as diversas etapas normais do desenvolvimento de uma pessoa, momentos nos quais ela teria que passar por mudanças. Ele identificou essas crises que ocorrem na vida de todos nós desde o nascimento até a morte (passando pela infância, adolescência, idade adulta e velhice) como **crises evolutivas**. Ele também nomeou as crises imprevisíveis, anteriormente descritas, como **crises acidentais**.

E qual é a importância de saber esses conceitos para quem vai trabalhar com Saúde Mental?

Acontece que verificou-se que muitos pacientes com transtornos mentais haviam tido seus sintomas intensificados após atravessarem um período de crise. Outros tiveram seu primeiro episódio relativo ao transtorno mental em questão durante ou após o período de crise. E outros ainda sofreram alterações importantes de personalidade ao entrar em um período de crise, fosse ela evolutiva ou acidental.

Isso quer dizer que devemos estar atentos não só ao que já aconteceu ao paciente (história da doença atual), mas também ao que vem acontecendo, que possa estar gerando um nível maior de tensão. Muitas vezes o auxiliar de enfermagem é sentido como mais próximo pelo paciente do que os “doutores”, e este sente-se mais à vontade em contar-lhe das dificuldades atuais que possam estar gerando alterações em seu quadro mental.

Outro ponto importante é procurarmos não “minimizar” a crise alheia, com palavras como: “Ah! É só um período de crise, isso logo passa.” Crise é crise e, para cada pessoa, tem um peso diferente. Se ficarmos usando os nossos parâmetros para medir o sofrimento do outro, perderemos o que há de mais importante no atendimento em Saúde Mental (e em geral): o contato com o paciente e a percepção real do transtorno em sua vida.

Só para encerrar a crise, ou melhor, o assunto, é interessante saber que, no vocabulário chinês, crise aparece como a fusão de duas palavras: perigo e oportunidade. Vale pensar sobre isto, pois se as crises nos trazem sofrimentos por vezes profundos, também nos trazem as melhores oportunidades de mudança e crescimento pessoal.

5.3.3 Ansiedade... crise... e estresse são a mesma coisa?

Hoje em dia, todo mundo se diz estressado. Estresse virou sinônimo de irritação, cansaço, nervosismo, ansiedade, raiva e as mais diversas sensações e emoções.

Na verdade o **estresse** foi conceituado, em princípio, como um conjunto de reações fisiológicas, comandadas pelo sistema nervoso autônomo, possivelmente desenvolvidas em nossa longa história de adaptação ao mundo. Tais reações têm o objetivo de preparar nosso organismo para lutar ou fugir diante de uma situação de perigo, que, na época das cavernas, poderia ser, por exemplo, o ataque de algum animal.

Através dos tempos, o tipo de “perigos” aos quais podemos ser submetidos foram se modificando (e multiplicando), mas as reações

fisiológicas permaneceram as mesmas. O estresse é uma resposta de **adaptação** do organismo ao meio.

É normal, por exemplo, que ao passarmos à noite por um lugar escuro e deserto e vendo dois sujeitos estranhos vindo em nossa direção, nosso coração dispare (para enviar mais sangue aos músculos), nossas mãos fiquem frias (pois maior aporte sanguíneo está nos grandes músculos), nossa pele fique pálida (assim evitamos maior sangramento, caso soframos algum ferimento), enfim ..., que nosso organismo, com sua “sabedoria” milenar, se prepare para uma emergência, na qual ele vai precisar reunir energias para lutar ou fugir.

No entanto, não é normal nem desejável que estejamos em constante estado de alerta, sempre prontos para respostas de emergência, pois o nosso organismo tem gastos excessivos de energia nesses momentos e precisa de um tempo para se recuperar.

O problema é que, hoje em dia, multiplicaram-se em milhões as situações sentidas como perigosas, causadoras de ansiedade e deflagradoras da resposta de estresse. O que antes era o medo de um animal feroz, hoje é o trânsito, o chefe difícil, a ameaça de desemprego, o resultado de algum exame importante, enfim tudo pode concorrer para nos manter em estado quase constante de estresse.

Tanto o estresse crônico quanto o agudo podem ser precipitadores de quadros de sofrimento mental, não só pelas inúmeras reações fisiológicas, como também pelas emocionais que provocam.

A crise pode ser entendida como um agente estressor, ou seja, que leva a respostas de estresse. Como já dito antes, precisamos estar atentos para os fatores de estresse na vida atual das pessoas a quem atendemos e também estar atentos para que não imponhamos a eles mais situações estressantes desnecessárias.



O estresse crônico pode agir em nossas defesas mais ou menos como “água mole em pedra dura...”, enquanto o estresse agudo às vezes é como uma grande quantidade de explosivos – vai pedra para todo lado.

Um indivíduo chega a um centro de saúde ansioso por sua consulta com o psiquiatra, que havia sido marcada há algumas semanas. Após alguns minutos é informado pela auxiliar de enfermagem que havia um engano na marcação, pois aquele não era mais o dia do médico na instituição. O paciente, apresentando evidentes sinais de estresse, reafirma em voz alta a sua necessidade de atendimento, ao que a auxiliar de enfermagem responde, com certa irritação, que nada tem a fazer (ignorando os sinais apresentados). O paciente então perde o controle, começando a atirar objetos e virar móveis. Enquanto é chamado o reforço da segurança, outro profissional de enfermagem consegue conversar com Seu João e este, sentindo-se ouvido, informa que possui epilepsia, faz uso de anticonvulsivantes, os quais acabaram há duas semanas, expondo sua necessidade urgente de nova receita,

já que tem sofrido crises convulsivas graves, tendo sido quase atropelado ao apresentar uma delas durante a travessia de uma rua. Fala que teme por sua vida e que tem estado muito nervoso. Quando chegam os seguranças, encontram Seu João arrumando a desordem que havia feito e indo, em seguida, aguardar por consulta com outro médico.



O que você acha dessa situação? O que consegue perceber da importância do que temos visto até agora para a atuação do auxiliar de enfermagem?

6 - CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO

Embora saibamos que o essencial é lidar com a história individual de cada paciente, procurando a forma de cuidado que mais atende às suas necessidades, não podemos deixar de tomar conhecimento dos sinais, sintomas e diagnósticos mais comuns em psiquiatria.

O fato de termos uma idéia do transtorno do qual o indivíduo sofre não quer dizer que saibamos tudo sobre ele, ou que haja uma conduta padronizada para lidar com ele, mas nos faz ficarmos atentos para alguns pontos importantes em seu tratamento e compreendermos a linguagem profissional. Assim, fica claro que o diagnóstico é algo que ajuda o profissional em sua organização e não um letreiro que o paciente terá que carregar à sua frente onde quer que vá.

Mas como podemos identificar o transtorno mental? Onde passa a linha divisória, que separa o normal do patológico, mentalmente falando?



6.1 Métodos diagnósticos em Psiquiatria

Existem várias técnicas de exploração e avaliação que podem colaborar para o levantamento de uma hipótese diagnóstica em Psiquiatria. Dentre os mais conhecidos, podemos citar: entrevista, testes e questionários psicológicos e explorações neurofisiológicas, por neuroimagem ou neuroquímicas.

A **entrevista** é um método essencial a qualquer avaliação do paciente psiquiátrico. Geralmente se dá no primeiro contato com ele e,

embora pareça, não se constitui numa simples “conversa” com o paciente, mas na observação, coleta de dados e tentativa de compreensão do papel da doença na vida daquele indivíduo.

Os **testes e questionários psicológicos** são instrumentos próprios de utilização pelo psicólogo, que colaboram com a compreensão diagnóstica do indivíduo.

As **explorações neurofisiológicas**, onde podemos incluir o eletroencefalograma (EEG) e o Registro Poligráfico do Sono, são mais usados em detecção de causas de transtornos do sono, tais como a apnéia do sono.

As **explorações por neuroimagem**, dentre as quais podemos citar a ressonância magnética nuclear (que permite avaliar parte da função mental), a tomografia axial computadorizada cerebral (onde se faz várias radiografias do cérebro com contraste aplicado por via endovenosa, estando indicado em casos em que se suspeita de transtornos de base orgânica), a tomografia de emissão de pósitrons (também chamada PET, constitui-se em uma técnica mais evoluída para definir melhor alguns diagnósticos) e fluxo sanguíneo regional cerebral. Tais técnicas têm uso muito específico, a critério médico.

As **explorações neuroquímicas**, que incluem provas onde se podem perceber algumas alterações determinantes de alguns quadros, como a depressão, por exemplo.

As técnicas exploratórias ligadas aos aspectos físicos são de uso específico, limitado e ainda pouco freqüente, com exceção do eletroencefalograma, que na verdade acaba por constituir a demanda de muitos pacientes, que procuram o serviço para “bater um eletro”.

Já a entrevista constitui-se como método primordial de avaliação, onde, além de se colher a história do paciente, também se está atento para os sinais e sintomas dos transtornos mentais. No entanto, chegar a um diagnóstico psiquiátrico correto nem sempre constitui tarefa fácil e muito menos imediata.



Vale lembrar que o eletroencefalograma não é capaz de detectar todos os transtornos mentais (nem mesmo a maioria), e que não apresentará a solução para os “problemas de cabeça”, como acham alguns pacientes (que inclusive se acham pouco assistidos se “o doutor não passa nem um eletro”).

6.2. Sinais e sintomas de transtornos mentais

Os sinais e sintomas também precisam continuar sendo observados e registrados por toda a equipe que atende o paciente a fim de manter uma avaliação dinâmica dele e ajustar o tratamento sempre que se faça necessário. Nesse aspecto, a participação do auxiliar de enfermagem é essencial, devendo este conhecer os sinais e sintomas mais comuns e estar atento a suas manifestações nos pacientes a fim de transmiti-las ao restante da equipe.

Vamos descrever alguns sinais e sintomas das principais funções psíquicas. Em um transtorno mental podem estar presentes vários deles ao mesmo tempo, assim como um mesmo sintoma pode pertencer a quadros psíquicos diversos. Nem sempre os nomes são muito fáceis de serem gravados, mas é importante para o auxiliar de enfermagem engajado na Saúde Mental ter melhor compreensão dos termos usados pelo restante da equipe a fim de estabelecer com ela uma troca adequada.

6.2.1 Alterações da sensopercepção

Sensopercepção é a capacidade que desenvolvemos de formar uma síntese de todas as sensações e percepções que temos a cada momento e com ela formamos uma idéia do nosso próprio corpo e de tudo o que está à nossa volta. Para isso, fazemos uso de todos os nossos órgãos dos sentidos.

As alucinações, típicas dos estados psicóticos, não costumam constituir um nome estranho, especialmente para quem trabalha em um setor de psiquiatria, mas, às vezes, são confundidas com outras alterações. As **alucinações** são sensações ou percepções em que o objeto não existe, mas que é extremamente real para o paciente, e ele não pode controlá-las pois independem de sua vontade. Assim, numa alucinação auditiva, o paciente não dirá “parece que ouço vozes”, e sim “as vozes voltaram e estão me dizendo para não escutar o que você diz”. As alucinações podem ser auditivas, visuais, gustativas, olfativas, táteis, cinestésicas e das relações e funções corporais.

Nas **ilusões**, ao contrário das alucinações, o objeto percebido existe, mas sua percepção é falseada, deformada. O paciente pode, por exemplo, estar convencido que o teto está baixando e que poderá esmagá-lo.

6.2.2 Alterações do pensamento

Pensamento é o processo pelo qual associamos e combinamos os conhecimentos que já adquirimos no mundo e chegamos a uma conclusão ou a uma nova idéia. Inicia-se com uma sensação (visão, olfato, paladar, audição e tato) e conclui-se com o raciocínio, que é caracterizado pela associação de idéias.

Podem ser classificadas de acordo com a direção ou com o conteúdo do pensamento.

a) Alterações da direção do pensamento:

Na **inibição do pensamento**, este se apresenta lentificado, pouco produtivo, com pobreza de temas. O indivíduo costuma falar em

voz baixa e fica “ruminando” sempre as mesmas idéias. É uma alteração típica dos quadros depressivos.

Ao contrário da alteração anterior, na **fuga de idéias** o indivíduo tem um aporte tão grande de idéias que não consegue concluí-las. Em geral possui boa fluência verbal e possui grande dificuldade de interromper o fluxo do seu pensamento, que é contínuo. O indivíduo “emenda” um assunto no outro de tal maneira que torna difícil sua compreensão. Bastante típico dos quadros maníacos.

Quando o indivíduo constrói sentenças corretas, muitas vezes até rebuscadas, mas sem um sentido compreensível, fazendo associações estranhas, tem-se a alteração de **desagregação do pensamento**, que é típica da esquizofrenia. Um bom exemplo é a seguinte frase “se você não gostava de jaca porque roubou minha bicicleta?”

b) Alterações do conteúdo do pensamento

As **idéias sobrevalorizadas e obsessivas** apresentam-se como idéias que assumem papel central no pensamento do indivíduo. Ele mantém um discurso circular, retornando a elas por mais que se tente diversificar o assunto.

Já as **idéias delirantes** são idéias que não correspondem à realidade, mas que para o indivíduo são a mais pura verdade. Tais idéias assumem a característica de serem indiscutíveis mesmo com a mais profunda lógica, pois o indivíduo fundamenta-as em uma lógica à parte.

6.2.3 Alterações da linguagem

Podem se tratar de alterações na articulação da linguagem ou no uso da mesma. A **logorréia** é a fala acelerada e compulsiva; a **gagueira** é a repetição de sílabas, com dificuldade para dar início e prosseguimento à fala.

Na **ecolalia** há repetição, como em eco, das últimas palavras proferidas por alguém; na **glossolalia**, o paciente usa a linguagem de forma estranha e incorreta, muitas vezes com a criação de novos termos, incompreensíveis (neologismos).

No **mutismo**, o indivíduo mantém-se mudo, sendo comum em estados depressivos e de esquizofrenia catatônica.

6.2.4 Alterações da consciência

A **consciência** é que faz de nós mesmos seres psíquicos vinculados à realidade. É através dela que nos damos conta de nossas sensações, percepções, de nosso ser. Sua alteração apresenta várias formas.

O **delírio** é uma alteração transitória na qual o paciente não consegue reter, fixar e evocar informações, a atividade mental organizada é reduzida. O ciclo sono-vigília geralmente é desorganizado, pois tende a oscilar durante o dia e ser mais marcante à noite, isto é dorme e logo após acorda em crise de delírio.

A **despersonalização e desrealização** acontece quando o indivíduo não reconhece a si e o que o rodeia, perdendo a sensação de familiaridade, deixando de reconhecer a própria identidade. Já quando apresenta estranhamento ou não reconhecimento de partes do próprio corpo denomina-se **alterações da consciência corporal**, como no caso de uma jovem que ao ser questionada quem era sua acompanhante, respondeu: “Ela diz que é minha mãe”.

Nos **estados crepusculares**, o paciente pode aparentar estar em pleno domínio de sua consciência, mas há um estreitamento da mesma. É como se o paciente estivesse totalmente voltado “para dentro”. Mostra-se psiquicamente ausente, age “no automático” e sem objetivos claramente definidos. Muito comum em pessoas com epilepsia, em momentos que antecedem à crise.

Quando o indivíduo não consegue ter uma percepção globalizada das situações, havendo geralmente considerável diminuição no padrão de sensopercepção, pouquíssimo entendimento das impressões sensoriais e lentidão da compreensão denominamos de **obnubilação**. Normalmente, a pessoa mostra-se confusa.

No estado de **confusão**, o indivíduo não consegue falar nem pensar “coisa com coisa”, não consegue integrar coerentemente o que está vivendo, e a ligação que faz entre o que vê, ouve, fala sente e pensa, ocorre de forma muito estranha.

Já no **estupor** o indivíduo entra em um estado de profunda alteração sensorial, onde praticamente não se consegue estimulá-lo, sendo somente possível mediante estímulos muito potentes. O **coma** é a falta total de consciência.

A **hipervigília** caracteriza-se por um aumento do estado de vigília, o que dá uma sensação de “estar ligado”, porém não quer dizer que haja aumento de atenção. Na maioria das vezes ocorre o oposto.

6.2.5 Alterações da atenção e da orientação

Atenção é quando se focaliza seletivamente algumas partes da realidade. Para que aconteça, é necessário que o indivíduo esteja em estado de alerta (desperto). Como alterações mais comuns, podemos citar a dificuldade de concentração ou **inatensão** e a mudança cons-



É comum que algumas pessoas achem “graça” do indivíduo desorientado, muitas vezes ironizando os dados que ele apresenta. Esta, obviamente, não deve ser a atitude do auxiliar de enfermagem, pois por mais desorientado que esteja, o paciente percebe esse tipo de reação e sente-se bastante desamparado.

tante de focos de atenção ou **distração**, que podem vir a acontecer nos casos em que estamos sob efeito do sono ou de alguma droga, sem que com isso se configure em uma alteração duradoura.

Orientação é a capacidade de integrar informações a respeito de dados que nos localizem, principalmente, no tempo e no espaço (dados estes que dependem também da memória, atenção e percepção). Como alterações podemos citar a **desorientação**, onde o paciente é incapaz de relacionar os dados a fim de perceber onde e em que época se encontra, e a **dupla orientação**, onde o indivíduo oscila entre uma orientação adequada e uma inadequada, misturando os dados, como um paciente que sabe que mudou de século, mas continua afirmando estar em 1959.

6.2.6 Alterações da memória

Por **memória** podemos entender todas as lembranças existentes na consciência. Suas alterações podem ser quantitativas ou qualitativas.

A **hipermnésia** é alteração em que há clareza excessiva de alguns dados da memória. De forma contrária, a **amnésia** é a impossibilidade de recordar total ou parcialmente fatos ocorridos antes do início do transtorno (amnésia retrógrada), após o seu início (amnésia anterógrada) ou fatos isolados (amnésia lagunar). A amnésia pode ainda se dar como uma defesa, suprimindo da memória fatos muito carregados afetivamente (amnésia afetiva).

Já a **paramnésia** constitui-se de distorções dos dados da memória. Pode ocorrer um falseamento na recordação de determinados fatos (paramnésia da recordação), ou ainda ao lançar mão dos dados da memória para reconhecer alguém, alguma coisa ou lugar (paramnésia de reconhecimento).

6.2.7 Alterações da afetividade

Muito resumidamente, podemos dizer que **afetividade** constitui-se na capacidade de experimentar sentimentos e emoções. Dentre suas alterações, podemos citar a **labilidade afetiva** em que ocorre mudança dos estados afetivos sem causa externa aparente. Por exemplo, o paciente pode mudar da mais profunda tristeza para a mais estrondosa alegria em segundos, alternando estes estados.

Na **tristeza patológica**, a pessoa sente profundo abatimento, baixa auto-estima, geralmente acompanhados de tendência para o isolamento, choro fácil, inibição psicomotora, sendo característica da depressão.

Na **alegria patológica**, o paciente mostra-se eufórico, agitado, com elevada auto-estima, verborria, grande desinibição, sendo característica de episódios de mania.

6.2.8 Alterações do sono

Podem ocorrer como um sintoma ou como o próprio transtorno mental, ou ainda, como reação adversa a determinados medicamentos. Encontramos mais facilmente a **insônia**, que é a falta de sono durante uma parte ou toda a noite (ou período habitual de sono do indivíduo). Pode ser inicial (a pessoa custa a “pegar no sono” – mais característica de quadros de ansiedade), ou terminal (a pessoa acorda de madrugada e não consegue voltar a dormir – mais característico da depressão). Já a **narcolepsia** é sono em excesso durante todo o dia.

6.2.9 Alterações do Movimento

Na **estereotipia**, o indivíduo costuma repetir continuamente e sem necessidade determinados movimentos, sem que haja uma lógica facilmente observável.

Já os **tiques** são movimentos rápidos e involuntários, também repetitivos.

E a **cataplexia** que é uma atitude de imobilidade, tal como se fosse uma estátua, mantida pela pessoa inclusive com posturas aparentemente incômodas. Típica da catatonia

6.3 Principais tipos de transtorno mental

Diagnosticar um transtorno mental não é tarefa das mais fáceis. Justamente por essa razão podemos encontrar várias teorias dos transtornos mentais, algumas mais voltadas para os mecanismos psicológicos, outras mais voltadas para os ambientais ou biológicos. No entanto, percebe-se a necessidade de que os profissionais “falem a mesma língua”, a fim de que troquem melhor as informações e experiências que possuem. Assim, são cada vez mais utilizadas as classificações internacionais de doenças mentais. Para fazer essas classificações, várias comissões de profissionais reúnem-se a fim de ter soluções de consenso. As mais usadas atualmente são o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, em sua quarta versão) e a CID-10 (Clas-

sificação Internacional de Doenças – décima revisão), realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e mais usado em nosso país.

A CID 10, em seu capítulo V, que constitui um volume separado, especifica os transtornos mentais e de comportamento, usando como critérios de classificação os próprios sinais e sintomas de cada quadro mental, não procurando buscar explicações de suas causas. Isso é compreensível, uma vez que sua intenção é uniformizar a linguagem dos profissionais, não suas cabeças. Nessa revisão, foi usado o termo transtorno ao invés de doença ou distúrbio, como antes aparecia, a fim de evitar os problemas inerentes a esses termos, tais como a discriminação.

Transtorno é, assim, usado para definir um conjunto de sintomas que geralmente envolvem sofrimento pessoal e interferência nas funções que o indivíduo necessita exercer em sua vida.

O transtorno mental precisa ser identificado para que possa receber tratamento adequado. Embora não seja objetivo da equipe de enfermagem elaborar diagnósticos psiquiátricos, é muito importante que deles tome conhecimento a fim de que possa fazer a sua parte no tratamento do paciente.

A seguir veremos um resumo das características presentes nos principais transtornos mentais.

6.3.1 Transtornos mentais orgânicos

Podem aparecer com uma enorme gama de sintomas, inclusive idênticos a outros transtornos, mas sua causa é comprovadamente orgânica, seja por doença degenerativa, lesão ou doença sistêmica que leve a uma disfunção do cérebro. Esse tipo de transtorno pode ocorrer em qualquer idade, podendo ser transitório ou não, dependendo da possibilidade de reversão de sua causa primária.

Dentre os quadros mentais orgânicos, os demenciais merecem atenção especial devido à sua frequência. Na verdade, dificilmente haverá algum de nós que não se recorde de algum conhecido, amigo ou familiar que apresente tais sintomas.

De acordo com a CID-10, **demência** pode ser caracterizada como um conjunto de sinais e sintomas, isto é, uma **síndrome** causada por alguma doença cerebral, onde encontraremos perturbações de vários aspectos do funcionamento mental, tais como memória, pensamento, compreensão, cálculos, capacidade de aprendizagem, orientação, linguagem e julgamento, não havendo, no entanto, obnubilação da consciência. Podem-se observar também diminuição progressiva de comportamentos de adaptação, como o controle de esfíncteres, hábitos de higiene e alimentação, por exemplo, e do próprio controle emocional, o

que leva a maioria das pessoas a dizerem que a pessoa está “voltando a ser criança”. Podemos citar a doença de Alzheimer e as demências vasculares, mas elas podem ocorrer em outros quadros.

6.3.2. Transtornos do humor

Geralmente oscilamos entre um estado de ânimo mais elevado (euforia) e um mais baixo. Quem nunca acordou indisposto para uma atividade, ou nunca se sentiu “eufórico” com alguma boa notícia? No entanto, isso não costuma prejudicar nossas atividades diárias. Quando o indivíduo fica fixado em uma destas polaridades, ou varia entre elas de forma muito intensa, a ponto de começar a prejudicar sua vida habitual, podemos falar em transtornos do humor.

Os transtornos do humor são também chamados transtornos afetivos, pois se caracterizam principalmente por dificuldades na área do afeto, que é nossa capacidade de vivenciarmos internamente nossos sentimentos.

A **depressão** não é o mesmo que “baixo astral”, por mais que esteja incluída na gíria como “fulano está na maior ‘deprê’”. Ao contrário da tristeza comum, a depressão caracteriza-se por um estágio mais prolongado e grave de abatimento do humor. A pessoa com depressão apresenta tristeza patológica com perda da auto-estima, normalmente reclama de falta de ânimo, cansaço fácil e de não sentir interesse por nada.

Outros sintomas identificados na CID-10 são: concentração e atenção reduzidas, autoconfiança reduzida, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos auto-destrutivos ou lesivos ou suicídio (dependendo da gravidade do episódio) e dificuldades em relação ao sono e apetite.

Este é um transtorno muito freqüente (em torno de 20% dos pacientes em geral). Pode apresentar-se em diferentes graus, podendo ser **leve**, **moderada** ou **grave**, mais incapacitante em alguns casos, menos incapacitante em outros. Algumas pessoas, embora sentindo-se todo o tempo mal e deprimidas, continuam desempenhando suas atividades cotidianas. Quando este humor permanece um tempo igual ou superior a dois anos, denominamos **distímia**.



Como a pessoa não tem interesse por si mesma, dificilmente se interessará em buscar e manter um tratamento.

Quanto à causa, a depressão pode ser dividida em endógena, psicogênica ou somatogênica.

A **depressão endógena** é vista como de origem interna, indefinida. Embora o primeiro episódio possa se dar após alguma perda ou crise, os outros geralmente não apresentam causas observáveis. Geralmente é uma forma grave de depressão, apresentando grande risco de suicídio (10 a 15% dos casos). Antigamente era chamada de depressão psicótica. Responde melhor a tratamento medicamentoso.

A **depressão psicogênica** tem suas causas mais facilmente localizadas na história de vida do indivíduo, que apresenta fatos que o levaram aos sintomas. Tanto que já foi chamada de depressão reativa ou situacional. Os sintomas são menos graves que na depressão endógena, e o risco de suicídio, embora existente, é menor. Responde melhor à psicoterapia do que ao tratamento medicamentoso.

A **depressão somatogênica** é aquela causada por algum fator de alteração principalmente orgânico, como o uso de algumas medicações (por exemplo, alguns tipos de anti-hipertensivos, anti-inflamatórios e contraceptivos orais) ou ainda a interrupção do uso de psicoestimulantes.

Os episódios de **mania** caracterizam-se como o oposto da depressão. O indivíduo apresenta um ritmo acelerado, fala muito (e geralmente alto), trocando constantemente de assunto (fuga de idéias), movimenta-se amplamente, tem energia de sobra, tanto que, muitas vezes não consegue dormir (hiperatividade). Mostra-se eufórico, com auto-estima exagerada (achando que pode tudo), a sexualidade também pode estar exacerbada, gosta de atrair atenções. Não acha que tenha problema algum, o que muitas vezes prejudica a aceitação do tratamento. Às vezes, evolui para um **episódio** claramente **psicótico** e a pessoa passa a apresentar delírios, alucinações e comportamento estranho.

Como na depressão, também há uma variedade de graus de gravidade, sendo o mais leve a chamada **hipomania**, caracterizada por euforia, hiperatividade e desinibição mais leves.

A pessoa com **transtorno bipolar** geralmente apresenta uma variação de estados de humor, ora apresentando mania, ora apresentando depressão. Essas variações podem se dar em intervalos de dias, semanas ou meses, e é comum falarmos em “fase de mania” e “fase depressiva”. Na verdade, uma pessoa muito raramente apresenta apenas mania, como descrito no item anterior, o mais comum é que ela intercale episódios maníacos com episódios depressivos. O transtorno bipolar também pode se apresentar de forma mais grave ou mais leve, quando é chamado de **ciclotimia**.



Um indivíduo portador de **transtorno psicótico** é o que mais se aproxima da idéia popular de “louco”. Uma pessoa com psicose está com pouco contato com a realidade, já que apresenta distúrbios do pensamento, do sentimento e da ação. Com transtornos desse tipo, ela pode “ouvir vozes” ou “ver coisas” que objetivamente não existem ou ter idéias estranhas e irreais.



Euforia – É uma alegria exacerbada.

6.3.3. Transtornos de ansiedade

Sabemos que a ansiedade faz parte de todos nós. Como sintoma, ela pode aparecer em vários transtornos. Nos transtornos de ansiedade, entretanto, ela aparece como sintoma central.

Os transtornos de ansiedade constituem grande parte da demanda psiquiátrica e envolve um grande grupo de classificações de transtornos, dos quais veremos os principais:

O paciente com **Transtorno de Ansiedade Generalizada** (TAG) é, normalmente, considerado um paciente difícil, pois permanece em constante estado de irritabilidade, impaciência, apreensão. Geralmente ele reclama de tensão, suores constantes (frios ou não), sensação de “cabeça leve”, tonteiras, mal-estar gastrointestinal, palpitações e dificuldade para dormir. A pessoa com TAG costuma mostrar-se constantemente preocupada. O fato é que se trata de uma ansiedade “impossível de controlar” sem o tratamento adequado, fazendo com que a pessoa tenha suas atividades limitadas.

Algumas vezes dizemos, descompromissadamente, que tal pessoa é “hipocondríaca” por acharmos que vive com mania de doença. Estamos, nesse caso, cometendo dois graves erros: o primeiro é que a pessoa com TAG não tem mania de doença e sim sintomas físicos de ansiedade (que também se expressa por essa via). O segundo é que hipocondria é um transtorno totalmente diferente e específico, que será visto mais tarde. Se a pessoa que faz tal comentário for um auxiliar de enfermagem deverá ficar atento para seus sentimentos e sua conduta com tais pacientes, a fim de não cometer um terceiro erro, que seria desvalorizar seus sintomas, demonstrando impaciência com esse tipo de paciente.

Nos **Transtornos Fóbico-Ansiosos**, os sintomas de ansiedade ocorrem diante de objetos ou situações bem definidos, que não costumam causar temor nas pessoas em geral. Geralmente os sintomas pioram, a um nível sentido como insuportável, diante de tais objetos e situações, o que faz as pessoas evitá-los a qualquer preço, desenvolvendo, muitas vezes, comportamentos estranhos - de evitação, que passam a fazer parte do quadro. Tais transtornos também são chamados de fobias, que podem ser social, específicas ou agorafobia.

A **fobia social** é o medo de expor-se mesmo para grupos pequenos e situações informais. A pessoa geralmente conta com uma autoestima rebaixada e não é incomum que procure o isolamento como forma de evitação do medo. Costuma comprometer muito a vida da pessoa, visto que ela passa a perder boas oportunidades, muitas vezes até no trabalho, pela necessidade de “passar despercebida”.

As **fobias específicas** referem-se ao medo de objetos ou situações específicas, tais como avião, altura, animais. Às vezes passa des-

percebida durante um tempo, pois a pessoa vai procurando evitar o estímulo temido, até um ponto em que o próprio comportamento de evitação passa a se tornar um problema.

Já a **agorafobia** constitui-se em medo excessivo de espaços abertos, multidões e situações em que haja dificuldade de fuga (lojas, supermercados, teatros, transportes coletivos, túneis, elevadores) e de ficar sozinho, mesmo que seja em sua própria casa. A ansiedade pode chegar ao pânico. Esta é a mais incapacitante de todas as fobias.

Muito divulgado por vários meios de comunicação, o **Transtorno de Pânico** parece uma nova doença, embora isso não seja verdade, pois vem sendo descrita na literatura psiquiátrica há muito tempo.

O transtorno de pânico caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e sem motivo inicial aparente. Nesses ataques de pânico, a pessoa experimenta diversos sintomas característicos de alteração do sistema nervoso autônomo, tais como: coração acelerado, respiração rápida e sentida como ineficiente, dor no peito ou no estômago, suores, tremores, dormências, tonturas, náuseas e outros.

Mas o principal desses ataques é a sensação de terror que a pessoa experimenta diante da nítida sensação de que vai morrer ou perder totalmente o controle (ter um desmaio ou ter uma amnésia irreversível). Na verdade, essa sensação é tão real que a pessoa passa a temer outro ataque de pânico, passa a ter medo de ter medo. Com isso, passa a desenvolver comportamentos evitativos em relação às situações em que se encontrava em cada ataque de pânico, desenvolvendo uma agorafobia correlata.

O **Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)** é um transtorno de ansiedade no qual o indivíduo desenvolve pensamentos ou ações repetitivas que ele próprio considera na maioria das vezes como inapropriadas, mas que não consegue controlar, muitas vezes porque acredita que algo trágico ocorrerá a si ou a outros caso ele não as execute. Por exemplo, diante de um pensamento obsessivo de que há doenças espalhadas por todo o ar e que poderá contrai-las a qualquer momento através de sua pele, o indivíduo com TOC poderá desenvolver o ato compulsivo de tomar longos e repetidos banhos, o que na verdade é um comportamento evitativo da ansiedade que pode causar-lhe imaginar-se doente.

Esse é um transtorno que pode ser extremamente incapacitante, pois, dependendo do grau em que se encontra, o indivíduo fica preso em uma série de rituais, não conseguindo, muitas vezes, realizar nem mesmo tarefas de organização diária a contento. Além disso, dependendo do ato compulsivo realizado, a pessoa pode provocar lesões em si mesma, como por exemplo na lavagem quase contínua das mãos.

No **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** o paciente refere geralmente um evento fortemente traumático (estupro, catástrofes,

seqüestros), muito gerador de estresse e a partir do qual passou a desenvolver repetidos episódios nos quais, mediante a lembrança do evento, desenvolve toda uma série de reações como entorpecimento, ausência de respostas aos estímulos do ambiente, sonolência excessiva, redução da memória ou concentração.

6.3.4 Transtornos dissociativos

Antigamente chamados de histeria de conversão, os transtornos dissociativos são aqueles em que o paciente parece perder, parcial ou totalmente, o controle entre suas funções de memória, sensopercepção, idéia de si mesmo e movimentos corporais. Dentre os tipos de dissociação que o paciente pode apresentar observa-se: a amnésia dissociativa (esquecimento de situações traumáticas ou estressantes), o estupor dissociativo (a pessoa mantém-se imóvel, sem responder ao ambiente), transtorno de transe ou possessão (a pessoa age como que possuída por outra personalidade, espírito ou força), dissociação de movimento e sensação (o indivíduo deixa de sentir ou de conseguir movimentar alguma parte do corpo) e convulsões dissociativas (são convulsões incompletas, onde não ocorre perda total da consciência).

Para que um transtorno seja considerado dissociativo, é necessário que se comprove a ausência de uma causa física para o problema, além de geralmente se perceber alguma relação com evento traumático. Este é comumente um paciente que pode gerar reações negativas na equipe que o atende, pois é muitas vezes considerado “pitiático” ou “fricoteiro”.

6.3.5 Transtornos somatoformes

Os pacientes com esse tipo de transtorno são aqueles que vão repetidamente à clínica geral, com queixas de problemas físicos que não são identificados como de causa orgânica, o que não lhes satisfaz, fazendo com que solicitem continuamente novas investigações (às vezes mudando de um médico para outro). Só conseguem identificar seu “mal estar” como tendo origem no corpo, o que faz com que geralmente resistam a um encaminhamento para o setor de Saúde Mental, ou se sintam, até mesmo, ofendidos.

O paciente pode apresentar queixas de dores que não passam, ou problemas gastrintestinais, cardiovasculares, respiratórios, ou ainda queixas sexuais ou menstruais. Em muitos casos, podem aparecer problemas na pele ou outros. Dentro desse grupo de transtornos, um dos mais graves é o transtorno hipocondríaco, de difícil tratamento, no qual

a pessoa se encontra “convencida” de estar portando grave doença (câncer, AIDS), buscando todos os recursos para confirmá-la. Em muitos casos, estes pacientes chegam ao cúmulo de serem submetidos à cirurgias, sem a menor necessidade.

6.3.6 Transtorno esquizofrênico

Normalmente chamado esquizofrenia, esse é um dos mais graves transtornos mentais. É também o que mais frequentemente as pessoas identificam como loucura, pois escapa mais claramente a nossa idéia de normalidade.

O indivíduo com transtorno esquizofrênico está com suas funções perceptivas alteradas, vê, ouve e sente coisas que não são reais (as chamadas alucinações); seleciona estímulos do ambiente que normalmente passam despercebidos, com frequência estando alheio ao que se passa à sua frente. Seu pensamento encontra-se invariavelmente esvaziado, sem sentido. Às vezes, sente que alguém lhe “rouba os pensamentos da cabeça”. Seu comportamento é geralmente identificado como estranho e sua aparência também pode causar estranheza, pois, estando imerso em percepções distorcidas do mundo e de si mesmo, acaba deixando de cuidar de si (inclusive hábitos de higiene) ou pode vestir-se de acordo com os pensamentos delirantes, que comumente apresenta.

O indivíduo apresenta também atividade psicomotora anormal, como ficar se balançando, fazendo movimentos estranhos ou permanecer totalmente imóvel. A comunicação fica bastante prejudicada, seja pelo mutismo, por expressão incoerente de idéias ou por uso inadequado da linguagem como frases incoerentes e neologismos.

Tal como outros transtornos, a esquizofrenia pode apresentar-se em diferentes graus, podendo até mesmo ser confundida com outros quadros.

6.3.7 Transtornos alimentares

Dos transtornos mentais que levam a dificuldades na alimentação talvez o mais frequente e grave seja a **anorexia nervosa**. Nesse transtorno, a pessoa não consegue comer, emagrecendo exageradamente, entrando muitas vezes em estado de desnutrição grave. Muitos casos necessitam de internação para um tratamento adequado. Outro transtorno bastante falado é a **bulimia** que se caracteriza pela pessoa provocar vômitos após a ingestão de comida pelo medo de ganhar peso, sendo comum entre as modelos e as atletas. Já a **hiperfagia** é a fome insaciável, fazendo com que a pessoa coma compulsivamente.



Se acredita ser um profeta, por exemplo, pode querer deixar longas barbas crescerem e querer usar roupas em forma de mantos.

6.3.8 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas

Consideram-se como psicoativas as substâncias que provocam um estado de alteração em nosso funcionamento mental, aumentando, diminuindo ou distorcendo sua atividade, e que causam dependência. Podemos citar vários exemplos de substância psicoativa, desde o álcool, o cigarro e as substâncias ilegais (cocaína, maconha, LSD), até aquelas prescritas pelo médico tais como os ansiolíticos e hipnóticos.

O uso abusivo de substâncias psicoativas envolve complicadas causas e conseqüências em nível físico, social e emocional e uma pessoa pode desenvolver um transtorno mental a partir deste uso. O auxiliar de enfermagem muitas vezes terá informação de que o transtorno mental de algum paciente é conseqüência do uso de alguma droga ou presenciará reações mais agudas; por isso, é importante que conheça as mais comuns.

A **intoxicação aguda** é a alteração do estado mental pelo aumento dos níveis da substância no organismo, como por exemplo a embriaguez, o coma alcóolico, as convulsões pelo uso de substâncias. Quando o uso contínuo de alguma substância está causando algum dano à saúde física ou mental do paciente diz-se que a mesma é de **uso nocivo** como exemplo, o *Delliriuns tremens*.

O **estado de abstinência** é o conjunto de sintomas que podem ser muito graves, em reação à ausência da substância da qual o indivíduo tornou-se dependente, como convulsões, alucinações, contrações musculares involuntárias e dolorosas, entre outros.

O indivíduo pode também apresentar um quadro com alterações de comportamento semelhante a outros **transtornos psicóticos**, induzido pelo uso de substâncias psicoativas.

7 - FORMAS DE TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS

É preciso saber também que existem tratamentos adequados para cada tipo de transtorno, o que não é só feito através de medicamentos. Na verdade, o tratamento medicamentoso é um valioso instrumento da psiquiatria para o controle dos sintomas e, com o avanço das pesquisas nesse campo, muito se tem conseguido em melhora da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental.



Agora você já sabe que ter um transtorno mental não é ser “louco de pedra”. Qualquer pessoa pode vir a apresentar um transtorno mental, e você provavelmente conhece alguém que já apresentou ou apresenta esse tipo de problema.

No entanto, cada vez podemos ter maior certeza de que uma abordagem mais ampla, onde se ofereçam outras possibilidades terapêuticas, mostra ser mais adequada e eficaz, afinal apenas o controle não ensina o paciente a lidar com seus problemas cotidianos e emocionais. A cada dia surgem novas abordagens no lidar com o paciente de Saúde Mental.

A criatividade e dedicação dos profissionais neste campo permite conhecer e perceber a cada momento diferentes facetas da mente humana, o que resulta em novas nuances no tratamento.



7.1 Terapia Medicamentosa

A prescrição de medicamentos para pacientes portadores de transtorno mental é a forma de tratamento mais conhecida, porém uma das mais criticadas. É comum ouvir-se dizer: “Eu não vou a médico coisa nenhuma. Para ele me mandar tomar remédio de maluco?” Muitas vezes chega-se a crer que pode-se “ficar maluco usando esses remédios”.

Tratando este problema superficialmente poderíamos até achar estas colocações divertidas, se não fossem lamentáveis.

Como um profissional de saúde, no entanto, você não pode estar alheio a esta problemática, e acreditamos que a única maneira de combater as trevas da ignorância é acendendo a luz do raciocínio. Por esse motivo, você não encontrará neste tópico apenas uma tabela para que decore os nomes e efeitos colaterais das medicações mais usadas.

É indispensável que você as conheça e que se familiarize com seus nomes ainda que complicados, para que de fato possa fornecer informações aos usuários e familiares e reconhecer seus efeitos colaterais e “sinais de alerta”, exercendo assim seu papel, pois esse medo de usar a medicação vem afastando grande parte da demanda, quando ainda num estágio menos grave do problema.

Outro ponto importante nessa questão é o fato de, ao iniciarem o uso da medicação, receosos de suas “reações”, muitos pacientes a utilizam em dose inadequada ou interrompem o uso assim que “melhoram”. Ora, de uma forma geral, os medicamentos promovem o controle, não a cura do transtorno. Assim que interrompem a medicação, os sintomas voltam a aparecer, o que muitas vezes interfere de forma desfavorável no ânimo do indivíduo que passa a sentir-se “incapaz”, “dependente”, e “viciado”, “condenado a usar esses remédios por toda a vida”.

Uma pessoa portadora de diabetes provavelmente tomará remédio a “vida toda”. Com um hipertenso, muitas vezes isso também ocorre, mas um paciente portador de transtornos mentais passa a portar o “rótulo” de viciado por manter o tratamento.

É verdade que inúmeras vezes as medicações utilizadas em psiquiatria promovem efeitos colaterais extremamente graves. Mas, quando lembramos das formas de tratar o “doente mental” antes do advento da clorpromazina, na década de 1950, fica fácil considerar a medicação como um avanço.

Essa droga estava sendo testada em anestesia e produzia um alheamento chamado “indiferença afetiva”, até que comprovaram sua eficácia na diminuição de alucinações, idéias delirantes e agitação psicomotora. Em que tipo de transtorno você geralmente observa estes sintomas? O transtorno psicótico, não é? Esta droga foi então introduzida no campo dos antipsicóticos.

Contribuindo de uma maneira significativa para a redução da permanência hospitalar de pacientes psicóticos e facilitando a reabilitação de pacientes crônicos, a clorpromazina não podia evitar, no entanto, as reincidivas e conseqüentes reinternações. Porém, durante 25 anos, nada de mais substancial foi introduzido no campo dos antipsicóticos.

Com toda a revolução que a clorpromazina causou no campo da psiquiatria, todo o dinheiro e trabalho foi investido em suas pesquisas, o que ocasionou um considerável atraso no reconhecimento dos sais de lítio nos transtornos afetivos.

Desde 1948, um psiquiatra australiano descobriu que a urina de pacientes maníacos produzia efeitos tóxicos em cobaias. Tentando aumentar essa toxicidade, resolveu administrar sal de lítio. Teve uma surpresa! O efeito foi contrário! O lítio parecia fornecer uma defesa contra a urina. Além disso, os animais tornaram-se mais calmos, respondendo menos à solicitações externas.

Ao experimentar os sais de lítio em pacientes maníacos, os resultados foram extremamente satisfatórios. E, embora com alguns anos de atraso, devido ao seu baixo custo e conseqüente falta de interesse comercial, aliado ao medo de seus efeitos tóxicos quando administrado em doses excessivas, hoje essa droga tem reconhecida a sua eficácia na mania e nas depressões endógenas recorrentes.

Outra feliz descoberta acidental se deu com a iproniazida, também na década de 1950. Utilizada no tratamento de portadores de tuberculose, teve reconhecidos seus efeitos antidepressivos.

No início de 1960, houve a descoberta dos benzodiazepínicos. Seu efeito quase imediato e bastante seletivo sobre a ansiedade assumiu um papel importante no tratamento, numa época em que surgiam novos rumos para a sociedade. Sua venda assumiu proporções alar-

mentes, chegando a ser comparada com o tabaco e o álcool, as drogas mais utilizadas para produzir alterações no psiquismo. Basta que você enumere quantas pessoas conhece que fazem ou fizeram uso de um benzodiazepínico como o Diazepan^R, por exemplo, para que tenha uma idéia dessa estatística.

Até agora você pode observar de que forma surgiram os psicofármacos e a importância que possuem no tratamento de transtornos mentais. No entanto ...



Muitos médicos prescrevem psicofármacos diante de problemas psicológicos. No entanto, o psicofármaco não é um substituto para a psicoterapia. Os medicamentos controlam, mas não curam.



A idade, o sexo, o peso, o metabolismo individual, os hábitos e a dieta são fatores que devem se levar em conta quando se pensa em ação medicamentosa, e a coleta destes dados pelo auxiliar de enfermagem é indispensável para que o psiquiatra possa fazer a prescrição adequada.



Os psicofármacos podem interagir com outras drogas, causando efeitos catastróficos. Por isso, ao entrevistar o paciente, não esqueça de informar-se se faz uso de alguma medicação, ou se tem o hábito de ingerir alguma droga.

7.1.1 O que é um psicofármaco?

Quando você está com dor de cabeça, toma um analgésico, não é? Mesmo que a dor passe, você sabe que a medicação apenas atuou na redução de um sintoma, e não na sua causa.

Os psicofármacos são drogas cujo principal uso é modificar as funções psíquicas, normais ou alteradas. Portanto, não curam o doente mental, apenas diminuem seu sofrimento.

O tipo de psicofármaco, assim como o tempo de utilização e as dosagens, vão depender do tipo de sintoma que se deseja combater e da maneira como reage o organismo do usuário. Algumas pessoas necessitam de doses mais altas ou de utilizá-los por um tempo mais longo. Em outras, se consegue o mesmo efeito com doses menores e em prazos menores. Os efeitos colaterais também são variáveis de pessoa para pessoa.

É muito importante que um profissional de Saúde Mental conheça os efeitos das drogas utilizadas neste setor, pois é comum ouvir-se entre os usuários colocações do tipo: “O remédio dele acabou, eu posso dar o meu?” ou “Minha vizinha estava como eu fiquei e eu dei meu remédio para ela”. Este tipo de dúvida ou afirmação chega com maior frequência para o auxiliar de enfermagem que para outros profissionais do setor, e ele precisa ter segurança ao afirmar que esta prescrição só pode ser feita pelo médico e que o uso indevido destas medicações pode ser perigoso.

Mais importante que você conhecer cada droga em particular, é entender os princípios gerais do grupo, pois a ação e efeitos colaterais são semelhantes dentro de cada um deles.

Os **psicolépticos** são drogas que atuam **diminuindo** a atividade psíquica normal ou alterada. Produzem estes efeitos de formas variadas conforme a indicação. Induzem o sono como os **hipnóticos** (Pentobarbital^R, Flurazepan^R, Nitrazepan^R, Metaqualona^R, Trazolan^R), aliviam ansiedade e tensão como os **ansiolíticos** (Diazepan^R, Lorazepan^R, Meprobamato^R) e reduzem sintomas psicóticos como alu-

cinações e idéias delirantes como **os antipsicóticos** ou **neurolépticos** (Clorpromazina^R, Haloperidol^R, Reserpina^R, Tioridazina^R, Flufenazina^R, Pipotiazina^R, Tiotixene^R).

Os **psicanalépticos** são drogas que atuam **umentando** a atividade psíquica normal ou diminuída. Podem atuar de duas diferentes formas: estimulando a vigília, combatendo a fadiga ou aumentando o desempenho, como os **psicoestimulantes** (Anfetamina^R, Cafeína^R, Metanfetamina^R) e combatendo formas patológicas de depressão mental como os **antidepressivos** (Imipramina^R, Amitriptilina^R, Fenzina^R).

Os **psicodislépticos** são drogas que promovem o aparecimento de estados psíquicos anormais, como alucinações, idéias delirantes ou euforia. Seu uso se dá habitualmente de forma ilegal. Atuam de duas formas, seja produzindo desinibição e euforia, como é o caso dos **euforizantes** (álcool, cocaína, heroína), seja alterando a percepção, fazendo com que o indivíduo perca muitas vezes o contato com a realidade, como acontece com os **psicotogênicos** ou **psicodélicos** (canabinóis, LSD, mesalina, psilocibina).

Já os **normalizadores psíquicos não** atuam sobre estados psíquicos **normais**, mas podem ser utilizados para corrigir os estados psíquicos alterados. Também atuam de duas formas diferentes: normalizando o humor ou prevenindo distúrbios afetivos como é o caso dos **eutímicos** ou **normalizadores do humor** (sais de lítio) ou como **energizantes** ou **estimulantes da memória**. Esta atuação, ainda em estudo, vem aos poucos comprovando sua eficácia, tendo como principal meta diminuir os distúrbios psíquicos decorrentes do envelhecimento.

7.1.2 Atuação e efeitos adversos dos psicofármacos

Para atuar no psiquismo, os psicofármacos precisam vencer uma série de barreiras até atingir o SNC. A área onde irão atuar está intimamente ligada aos efeitos que produzem, sejam eles desejáveis ou não. Assim, vejamos:

Os **hipnóticos** são utilizados em todos os transtornos que envolvam distúrbios no sono. Uma queixa bastante comum na Saúde Mental é a insônia ou a dificuldade de conciliar o sono. Ao ouvir e relatar esta queixa, é muito importante detalhá-la, pois muitas vezes o distúrbio se dá mais pela ansiedade que pela falta de sono. Além disso, pode haver pessoas que sofrem de apnéia do sono e, por não o saberem, queixam-se apenas de acordar freqüentemente à noite. Nesse caso, o uso de hipnóticos pode agravar o quadro.

Vale ressaltar que o sono induzido não é igual ao sono fisiológico e que, com o tempo de uso de hipnóticos, estes tendem a diminuir seu



Estas são drogas que nem sempre são usadas com prescrição médica ou para tratamento de transtornos, sendo comum o seu uso indevido.

efeito devido a tolerância. Ao tentar se suspender a medicação, a insônia pode surgir mais acentuada que antes do uso da droga. A esse efeito chamamos “rebote”.

Freqüentemente há **queixas** de acordar na manhã seguinte com uma sensação de torpor e sonolência (ressaca). Isso pode resultar da falta do sono fisiológico ou dos resíduos da droga, ainda não eliminados do organismo. Por isso são **contra-indicadas**, para quem faz uso de hipnóticos, atividades que exigem maior concentração, como dirigir um automóvel por exemplo.

Drogas **ansiolíticas** são capazes de aliviar os sintomas de ansiedade sem interferir excessivamente em outras funções cerebrais. O tratamento medicamentoso de ataques de pânico e das fobias é diferente dos demais tipos de ansiedade.

Embora já existam uma diversidade de ansiolíticos disponíveis, o termo “ansiolítico”, ainda é utilizado mais especificamente para **benzodiazepínicos**, como Diazepan^R, Lorazepan^R, Bromazepan^R, Cloxazolan^R e outros, por serem os preferidos para distúrbios da maior parte das ansiedades. Nos casos em que a depressão acompanha a ansiedade e em muitos ataques de pânico, também se utilizam antidepressivos associados.

Existem outras importantes indicações dos benzodiazepínicos que são como medicação pré anestésica, antiepiléticos nas crises convulsivas e no combate a crise de abstinência alcoólica.

A administração oral dos benzodiazepínicos é bastante eficaz e seu efeito atinge o auge de 1 a 4 horas de sua administração. Ao ser administrado por via endovenosa, exige uma infusão lenta e monitorizada devido ao risco de parada respiratória. Não se recomenda a sua utilização por via intramuscular, principalmente em casos de emergência, pois há relatos que por esta via acontece uma má absorção.

Os benzodiazepínicos são metabolizados no fígado (com exceção do Oxazepan^R e Lorazepan^R), por isso são **contra-indicados** para pacientes com disfunção hepática ou idosos.

Os **efeitos colaterais** dos benzodiazepínicos não são numerosos e traduzem-se em sonolência e perda de coordenação, podendo surgir também fadiga, lentidão ou confusão mental. O que contra-indica seu usuário para atividades que exigem concentração. É importante que as mulheres usuárias sejam orientadas ao planejamento familiar, pois há relatos de mal formações fetais quando utilizados durante a gravidez, assim como de sua passagem no leite materno.

Os benzodiazepínicos podem causar tolerância e dependência, podendo induzir a vícios e produzir reação de abstinência. Esta é a razão porque não se recomenda mais normalmente tratamentos prolongados com essas drogas. Após um longo período de tratamento, as



Quando uma criança está utilizando um medicamento, é essencial o controle por parte de todos os responsáveis. O profissional de saúde deve orientar quanto aos sinais de efeitos colaterais que nem sempre a criança informa espontaneamente.

doses devem ser gradualmente diminuídas, antes de serem completamente suspensas.

Os **neurolépticos** ou **antipsicóticos** reúnem um grupo de drogas com propriedades terapêuticas e farmacológicas comuns, em especial no tratamento de transtornos psicóticos como a esquizofrenia. Porém, sua associação com formas dirigidas de psicoterapia parece melhorar ainda mais o prognóstico em relação ao funcionamento global e à adaptação social de pacientes crônicos. Transtornos psicóticos não esquizofrênicos associados ou não a distúrbios orgânicos, deficiências mentais e transtornos afetivos com sintomas psicóticos, também respondem a esta classe de drogas.

Muitos pacientes esquizofrênicos usam antipsicóticos continuamente para evitar recaídas ou devido à permanência de sintomas residuais. Uma das principais causas de recidivas em pacientes esquizofrênicos é a interrupção da medicação.

Grande parte da melhora clínica ocorre de seis a oito semanas do início do tratamento, podendo este prazo estender-se de 12 a 18 semanas. Essas drogas não causam tolerância, dependência ou síndrome de abstinência associadas ao seu uso.

O ajuste da dose é variável de acordo com o paciente, sendo muitas vezes necessária a associação de neurolépticos orais durante os primeiros dias de tratamento, até que a **dose de equilíbrio** seja estabelecida.

Os neurolépticos utilizados no controle da agitação psicomotora em geral são administrados por via intramuscular.

Os efeitos colaterais dos neurolépticos são inúmeros, porém só alguns deles se desenvolvem em dado paciente. É importante que você os conheça para comunicar ao médico ou enfermeira assim que detectá-los, evitando assim seus agravos ou mesmo a morte de usuários.

A escolha medicamentosa no caso destas drogas se dá muito mais pelo perfil de efeitos colaterais e riscos que causam, que por sua ação terapêutica, muito semelhante em todas elas.

Os efeitos colaterais dos antipsicóticos que ocorrem ao nível do Sistema Nervoso incluem:

- Efeitos oculares:

A **retinite pigmentosa** é causada pelo depósito da droga na retina, provocando um processo inflamatório, que pode levar ao prejuízo da visão e até à cegueira.

O bloqueio que esta droga causa no Sistema Nervoso Autônomo (SNA) periférico pode dificultar a acomodação do cristalino, fazendo com que a visão de objetos próximos fique borrada, podendo chegar ao glaucoma nas situações mais graves. Aparece no início do tratamento e pode vir acompanhada de fotofobia decorrente de midríase.



Quando um tratamento é interrompido, podem ocorrer reações de abstinência que podem ser confundidas com uma piora do quadro de ansiedade. Por isso, o auxiliar de enfermagem deve estar atento e relatar caso tenha percebido qualquer sinal ou sintoma que a indique, como: ansiedade, tremores, cefaléia, insônia, anorexia e, em casos mais graves, febre, convulsões e psicose.



Muitas vezes, observa-se no paciente que utiliza neurolépticos a Síndrome Parksoniana, também chamada de **Impregnação**, caracterizada por tremor devido à ação do medicamento no sistema nervoso central. Por isso constantemente associa-se drogas antiparksonianas no controle dos sintomas de impregnação.



Quem já trabalhou em Saúde Mental sabe que não é raro receber comunicados de que usuários de antipsicóticos tiveram uma "morte súbita".



Glaucoma – Aumento da pressão intraocular
Fotofobia -Dificuldade de enxergar em locais iluminados.

● Efeitos hematológicos:

- **Agranulocitose** (taxa de neutrófilos é menor que $500/\text{mm}^3$) - Deve-se a ação tóxica desses medicamentos na medula óssea, ocorrendo no início da oitava a décima segunda semana do uso da droga com alta taxa de mortalidade. Seu início pode ser súbito, com febre, mal estar e infecção.

● Efeitos gastrointestinais:

- **Xerostomia** – É a secura excessiva da boca, sendo uma fonte freqüente de queixas devido ao desconforto que traz no início do tratamento. O bloqueio no SNA que o antipsicótico faz ocasiona a inibição da secreção da saliva ocasionando a boca seca, amargor, aftas, dificuldade para mastigar e aparecimento de cáries.

- **Disfagia** - É a dificuldade de deglutição, podendo ser causada por alterações no peristaltismo esofágico ou por discinesias (alterações com movimentos involuntários) da boca e língua. O paciente pode aspirar os alimentos, o que pode resultar em infecções pulmonares e asfixia. Pode ainda ocasionar a perda de peso.

- **Hipersalivação** - Ocorre principalmente com a clozapina. É mais intensa à noite, chegando a perturbar o sono do paciente. Pode persistir ou não durante o tratamento.

- **Náuseas e vômitos** - É consequência do bloqueio no SNA do sistema digestório que dificulta a saída do alimento do estômago. É comum a queixa de “peso no estômago”.

- **Esofagite de refluxo** - Caracteriza-se por pirose epigástrica (azia). O refluxo acontece devido ao relaxamento do piloro, aliado a diminuição da motilidade esofágica. Agrava-se devido ao fato de que o estômago deste paciente retém o alimento por muito tempo.

- **Constipação intestinal** – Ocorre devido a diminuição da motilidade intestinal, que pode levar a obstrução por formação de fecaloma.

- **Icterícia** - Geralmente surge no início do tratamento e dura algumas semanas. É considerada uma manifestação de hipersensibilidade, pois encontra-se infiltração de eosinófilos no fígado. Provavelmente o indivíduo não vai ficar bonito com a coloração amarelada, mas não há comprometimento hepático.

● Efeitos no sistema genito-urinário:

- **Retenção urinária** - Ocorre com mais freqüência em pacientes idosos ou naqueles com hipertrofia prostática.

- **Incontinência urinária** - Pode ocorrer aos esforços ou ser noturna. É uma ocorrência rara e se dá pelo relaxamento dos esfíncteres.

- **Impotência ou alterações de ejaculação** - Esses efeitos, embora comuns, são muito problemáticos, pois levam ao abandono do tratamento. São consequências da diminuição de testosterona.

- **Priapismo** – É a disfunção vascular que causa a ereção do pênis por período prolongado, podendo levar a isquemia e necrose tecidual. Quando ocorre, deve ser tratado imediatamente com cirurgia, para evitar impotência.

- Efeitos dermatológicos:

Incluem reações de **hipersensibilidade**, que ocorrem desde o primeiro ao oitavo dia de tratamento. Podem ser urticária, manchas avermelhadas que se transformam em bolhas (maculopapulares) e edema. A forma injetável dá reação intensa no local da aplicação. O profissional de saúde que manipula a clorpromazina deve ficar atento ao fato de que esta pode causar dermatite de contato.

- Efeitos no sistemas termo-regulador:

- **Síndrome neuroléptica maligna** - Caracteriza-se por hipertermia. O nível de consciência se altera, variando de agitação e mutismo alerta para estupor e até coma.

Ocorre hipertensão, taquicardia, taquipnéia, leucocitose (leucócitos acima de 15.000/mm³) e aumentos dos níveis de creatinina no sangue. A taquicardia e as arritmias podem levar ao colapso cardíaco. É responsável por uma taxa de 21% de mortalidade quando não tratada. É mais freqüente ocorrer duas semanas após o início do tratamento ou do aumento da dose, podendo ocorrer em qualquer período.

Sua evolução é rápida e seu tratamento exige suporte em UTI, e imediata suspensão dos neurolépticos.

- **Hipertermia** - No início do uso da Clozapina^R, pode ocorrer uma elevação da temperatura corporal (de 0,5° a 1°C acima). Geralmente é benigna e transitória.

- Efeitos cardiovasculares:

- **Hipotensão ortostática** – Ocorre pelo bloqueio no SNA, que tem como consequência o bloqueio da vasoconstrição. Acontece geralmente com a primeira dose e piora no segundo ou terceiro dia, vindo então a melhorar. Caracteriza-se por taquicardia, tontura e escurecimento da visão quando o indivíduo se levanta, devido a queda da pressão arterial (PA), sendo detectada perante a aferição de PA e pulso do paciente sentado e depois em pé. Sua maior complicação, principalmente em idosos, são as quedas e o risco de lesões.

- **Distúrbios de ritmo cardíaco** - Geralmente aparecem no ECG, sem implicações clínicas. Devem-se a ação direta das drogas no músculo cardíaco.

- Efeitos endócrinos:

- **Galactorréia** - Embora ocorra num grande número de pacientes, só é percebido em cerca de 5%, quando se faz a expressão do mamilo. É decorrente do bloqueio da glândula pituitária, que provoca o



Mutismo alerta – O indivíduo não fala, mas se encontra consciente.



Ginecomastia – Aumento do tecido mamário no homem.

Efeitos idiossincráticos - Efeito anormal individual de uma pessoa a uma droga.

aumento da secreção de prolactina (hormônio do leite) aumentando o volume das mamas e estimulando a produção de leite. Apesar de ser um efeito incômodo, não apresenta maior gravidade.

- **Amenorréia** - Ocorre pelo aumento de prolactina, que altera hormônios sexuais (estrógeno e progesterona). Se acontece junto com a galactorréia e ginecomastia, pode levar a um diagnóstico errôneo de gravidez.

- **Secreção inapropriada de hormônio anti-diurético** - É um efeito colateral raro, porém apresenta riscos de complicações como convulsões. Causa a poliúria (secreção excessiva de urina) e hiponatremia (diminuição de íons de sódio no sangue).

● Efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC):

- **Sedação, tontura e hipotensão ortostática** - Caracteriza-se por tontura e escurecimento da visão quando a pessoa levanta, além de efeitos idiossincráticos ligados especificamente a esse grupo de substância, como:

● **Síndrome parksoniana** - Aparece rigidez facial e de postura, lentificação motora (movimentos lentos) e tremores. Pode surgir em qualquer época do tratamento, a partir de poucos dias ou semanas do início. Geralmente melhora dentro de três meses, mas pode persistir ao longo do uso.

● **Acatisia** - Neste caso o paciente não consegue ficar parado e mantém-se em contínua movimentação, principalmente dos membros inferiores. Quando estão de pé dão sempre a impressão de estar “marchando”. Surgem nos primeiros dias de uso da droga.

● **Distonia aguda** - Pouco freqüente, é caracterizada por espasmos involuntários de músculos que produzem posturas anormais, brevemente sustentadas ou fixas. Inclui posições bizarras do tronco e membros, língua projetada para fora da boca (protusão da língua), torcicolo e contração da laringe e faringe. São dolorosas e aterrorizantes, podendo causar deslocamento de mandíbula e até morte súbita por espasmo da laringe.

Os sintomas ocorrem dentro dos primeiros cinco dias do tratamento ou do aumento da dose. É mais freqüente em crianças e em adultos jovens.

● **Discinesia tardia** - É a mais grave complicação do uso de neurolépticos. Caracteriza-se por movimentos involuntários de face, como mascar, movimento de protusão e verniculares da língua (movimentos semelhantes aos de um verme), movimento de beijos, piscar repetido e rapidamente e movimentos de abrir e fechar os lábios. Podem ocorrer também alterações dos movimentos dos membros e do tórax. Pioram com a retirada do

antipsicótico e melhoram com o aumento da dose deste. Agravam-se quando o paciente está nervoso. Ocorre após vários anos do uso contínuo de neurolépticos.

Como você pode observar, o tratamento de portadores de esquizofrenia é longo. O cuidado e atenção que você, como profissional de saúde, precisa dispensar, resulta não só na redução do sofrimento do paciente como na manutenção de sua vida. Seus registros são imprescindíveis para este tipo de assistência.

Os **psicoestimulantes** são drogas utilizadas para aumentar o estado de alerta e atenção e suprimir o sono e a fadiga. Embora atuem sobre o humor, seus efeitos são agudos e de curta duração, geralmente associados a um aumento de ansiedade, sendo por isso inúteis no tratamento da depressão. Como efeito colateral suprimem a fome, por isso são usados, indevidamente, em muitas dietas de emagrecimento. Existe um alto índice de incidência de dependência psíquica e por isso seu uso deve ser restrito em Medicina.

As **anfetaminas** são as drogas-padrão de grupo. São capazes de produzir um quadro psicótico com predomínio de idéias persecutórias (idéias de perseguição), comportamento compulsivo estereotipado (movimentos repetidos, como um sorriso, repetição de uma frase ou gestos), alucinações visuais, auditivas, táteis e olfativas, aumento do apetite sexual com preservação da consciência e orientação.

A esse quadro denominamos **psicose anfetamínica**, que geralmente ocorre perante o uso contínuo de altas doses. É semelhante a um transtorno esquizofrênico, e geralmente responde bem a neurolépticos.

Com o uso contínuo das anfetaminas, desenvolve-se a tolerância. Seu uso abusivo consiste em passagem de ingestão oral (as chamadas “bolinhas”) para intravenoso (metanfetaminas), chegando a ser administrada em doses crescentes, várias vezes ao dia, por quatro ou cinco dias.

Após esse período, quando o indivíduo experimenta uma sensação de bem estar (semelhante ao orgasmo sexual), seguida de depressão, alimenta-se minimamente e não dorme. Segue-se dois a três dias de sono quase contínuo, sem uso da droga.

Ao despertar, o usuário volta a experimentar esses ciclos, podendo desenvolver psicose e desnutrição, pois embora não desenvolva síndrome de dependência física, e portanto síndrome de abstinência, suas reservas encontram-se esgotadas.

Os **antidepressivos** parecem ter uma ação específica sobre os mecanismos fisiopatológicos da depressão. São, portanto, eficazes em muitas formas deste transtorno, melhorando notavelmente o humor depressivo sem produzir euforia. Existem dois grupos principais de antidepressivos, que se distinguem por inibirem ou não a enzima mitocondrial monoaminoxidase (MAO): os inibidores da MAO e os tricíclicos.



O fato do quadro de psicose anfetamínica responder bem ao grupo medicamentoso, poderia justificar a continuidade de seu uso, se não tivessem os neurolépticos os graves efeitos colaterais anteriormente descritos.



O profissional de saúde deve orientar a população quanto ao uso de “energizantes”, que podem conter psicoestimulantes, causando os desagradáveis efeitos descritos.



Enzima mitocondrial - É uma enzima produzida pela estrutura celular responsável pela produção de energia da célula (mitocôndria).



Um paciente que faz uso de certos tipos de IMAO pode fazer um pico hipertensivo grave com o uso de alimentos ricos em tiramina (presentes em queijos, miúdos de aves, certos tipos vinhos, feijoada, conservas em geral e cerveja) ou uso de descongestionantes nasais e broncodilatadores. Portanto, o usuário de MAO deve ser encaminhado ao serviço de nutrição para ser orientado quanto a sua dieta restritiva em tiramina, se necessário.



Barreira hematoencefálica - É formada por células nervosas denominadas gliais que envolvem os capilares que irrigam o sistema nervoso central, impedindo que algumas drogas penetrem neste sistema.

Neuropatia periférica - É uma disfunção dos nervos periféricos decorrente do depósito de glicose, provocando alterações de sensibilidade.

Daltonismo - Disfunção visual em que o indivíduo não consegue perceber as cores vermelho e verde.



Caso o usuário de IMAO queixe-se de cefaléia occipital ou temporal, calor, palpitação, sudorese profusa, náuseas ou vômitos, o auxiliar de enfermagem deve verificar imediatamente a pressão, notificar a enfermeira ou ao médico e registrar o fato em prontuário, pois este paciente pode estar fazendo um pico hipertensivo grave e até mesmo letal.

O primeiro antidepressivo descoberto e apontado como inibidor da MAO (IMAO), foi a Iproniazida^R, que, apesar de ser eficaz, causava lesões hepáticas graves. Por isso, teve seu uso interrompido até que surgissem outros IMAOs. Posteriormente, modificações estruturais em sua molécula levaram a diversos derivados capazes de inibir a MAO, mas menos tóxicos.

Algum tempo depois se descobriu que a MAO não é uma enzima única, mas provavelmente um grupo de enzimas semelhantes que se diferenciam por suas atividades em relação a determinados substratos e por sua sensibilidade a determinados inibidores.

Isso explica os efeitos colaterais dessas drogas, que, por não serem seletivas, inativam a MAO cerebral e periférica. Inibindo a MAO intestinal e hepática, elas permitem a entrada de monoaminas ingeridas que podem causar efeitos indesejáveis, como crises hipersensíveis severas e algumas vezes letais.

A única via de administração medicamentosa dos IMAOs é a oral, e sua ação é rápida, ocorrendo o seu pico de concentração plasmática em duas horas. Atravessam a barreira hematoencefálica com facilidade e atingem o sistema nervoso central em altas concentrações. Mães que amamentam devem informar ao médico o uso dessa medicação, pois a mesma passa para o leite materno.

Os efeitos colaterais mais freqüentes dos IMAOs são a hipotensão postural que deve ser mais preocupante nos idosos, devido ao risco de um acidente vascular, e nos diabéticos, devido a neuropatia periférica. Também podem apresentar a boca seca, obstipação, ausência de orgasmo (anorgasmia), contrações musculares involuntárias (mioclonias), obesidade, diminuição da libido (desejo sexual), edema de membros, daltonismo e crises hipertensivas espontâneas. Os sintomas maníacos e esquizofrênicos podem piorar.

Dos antidepressivos tricíclicos, a Imipramina^R é utilizada como droga modelo. Seu pico de concentração plasmática (momento em que se encontra em maior quantidade na corrente sanguínea) é de duas a seis horas após a administração oral, podendo chegar a doze horas em pacientes idosos. São empregados no tratamento de estados depressivos, especialmente os de caráter endógeno, e nos transtornos ansiosos. O aparecimento de seus efeitos pode demorar até três semanas; os efeitos colaterais, no entanto, aparecem em menos tempo.

São eficazes no tratamento de ataques de pânico e têm sido utilizados com sucesso no transtorno obsessivo-compulsivo (Clomipramina^R e Fluoxetina^R). Os efeitos colaterais surgem logo após as primeiras semanas, do início ou do aumento da dose, mas melhoram ou desaparecem ao cabo de alguns meses ou com a suspensão completa do antidepressivo. São eles: boca seca, constipação, retenção urinária, visão turva, distúrbios da memória, taquicardia, piora de glaucoma, tontura, sedação, hipotensão ortostática, galactorréia e lesões cutâneas (pele).

Os **Eutímicos** ou **Normalizadores do Humor** têm o lítio como medicamento de primeira escolha no tratamento de transtorno afetivo bipolar. Controla as crises de agitação e euforia e evita a ocorrência de novos episódios durante o tratamento de manutenção pois suprime as oscilações do humor.

Sua ação terapêutica se evidencia em cerca de 5 a 14 dias do início do tratamento, através da redução dos sintomas graves dos quadros de mania. No entanto, podem passar vários meses até que o transtorno seja totalmente controlado.

Muitas vezes é necessária a associação de antipsicóticos durante os primeiros dias de tratamento para ajudar no controle dos sintomas até que o lítio comece a atuar. Assim como no período em que surgem os sintomas depressivos do transtorno bipolar pode ser necessário que se introduzam antidepressivos em associação.

O lítio é administrado por via oral em doses crescentes. Algumas pessoas respondem bem ao tratamento, não apresentando novos episódios. Outras, no entanto, apresentam várias recidivas que tendem a diminuir com a continuidade da terapêutica. Infelizmente, embora não haja explicações científicas para o fato, há pessoas que não se beneficiam com esta terapia medicamentosa.

Durante o tratamento, é imprescindível que freqüentemente seja feita dosagem sanguínea dos níveis de lítio, para determinar a dose ideal da medicação. Em doses baixas, pode não surtir efeito; e, em doses altas, pode agravar os efeitos colaterais. A diferença entre uma dose alta e uma dose baixa é mínima.

Uma vez estabelecida a dose ideal, a dosagem sérica de lítio pode ser realizada com intervalo de meses, não podendo deixar de ser feita porque o metabolismo individual, a condição física e a gravidade da doença é capaz de influenciar na dosagem necessária.

Qualquer fator que diminua o nível de sódio no sangue pode levar a um aumento dos níveis de lítio na corrente sanguínea, produzindo uma intoxicação, com risco de vida para o paciente se não for tratado a tempo. Por isso, o médico deve ser informado sobre qualquer redução na ingestão de sal, sudorese intensa, febre, vômitos ou diarreia, para que a dose de lítio seja ajustada convenientemente.

O lítio é contra-indicado no período anterior à gravidez planejada ou durante o primeiro trimestre da gravidez. Bebês nascidos de mães em uso de lítio têm uma incidência maior de anormalidades cardíacas. Essas contra-indicações incluem a amamentação. Também são contra-indicados na insuficiência renal severa, cardiopatias, epilepsia e lesões cerebrais.

Os efeitos colaterais do lítio podem ocorrer no início do tratamento, traduzindo-se como sonolência, fraqueza, náuseas, vômitos, cansaço, mãos tremulas, polidipsia e poliúria.



Dosagem sérica – Realizada através de análise laboratorial em que se procura a presença e/ou quantidade de determinadas substâncias no sangue.



O uso de café e chá pode reduzir o nível de lítio no sangue, causando intoxicações. Como estas são bebidas normalmente utilizadas pela maioria das pessoas, o profissional de saúde precisa reconhecer os sinais de intoxicação por lítio.

Esses efeitos geralmente desaparecem ou diminuem rapidamente, podendo permanecer o tremor das mãos. O aumento de peso também pode acontecer, e uma dieta adequada pode ajudar, devendo esta ser bem orientada para não afetar o nível sanguíneo de lítio.

Devido à polidipsia e poliúria durante o tratamento, podem surgir alterações renais que podem ser atenuadas com a redução da dose.

Durante o tratamento, também se faz necessário o controle das funções da tireóide, pois pode aparecer o hipotireoidismo, sendo necessária, muitas vezes, a administração de hormônios da tireóide juntamente com o lítio.

Os **Euforizantes** e **Psicotogênicos** ou **Psicodélicos** possuem seu uso terapêutico limitado, porém este não se dá pelas ações que produzem no psiquismo. Desta forma você pode encontrar opiáceos que são utilizados como hipnoanalgésicos; a cocaína, utilizada como analgésico local; e o álcool, no tratamento local de algumas dores de origem neurológica.

As drogas deste grupo não são utilizadas no tratamento de transtornos mentais e sua atuação no psiquismo é muitas vezes a causa de seus usuários necessitarem de ajuda.

Dentre os Euforizantes, têm-se o álcool etílico, a cocaína e os opiáceos. O **álcool etílico** é um depressor do Sistema Nervoso Central (SNC). Em baixas doses, promove a euforia e desinibição comportamental, o que leva as pessoas a o acharem quase indispensável em festas e comemorações. Doses mais altas produzem um efeito hipnótico e incoordenação motora, também conhecido como “pileque”. Poucas pessoas sabem que doses elevadas de álcool podem levar a morte. É que normalmente o efeito hipnótico faz com que o usuário fique inconsciente antes de atingir a dose letal.

O álcool absorvido ao longo do tubo digestório atravessa com rapidez a barreira hematoencefálica, produzindo efeitos imediatos. A quantidade da substância contida no sangue do usuário determinará as reações comportamentais que este irá apresentar.

Você já deve ter observado, e talvez até experimentado algumas dessas reações. Em doses mais baixas surge a sensação de bem-estar, euforia e desinibição. Com o aumento da dose, podem surgir alterações fisiológicas como taquicardia, comprometimento da memória e dificuldade em tomar decisões. Quando se aumenta mais ainda a dose, há redução da coordenação motora e tempo de reação, sonolência, liberação da agressividade, náuseas e vômitos. Nesta fase, é comum surgirem ocorrências policiais e acidentes. Por último, quando a concentração da droga na corrente plasmática ultrapassa 400 mg %, ocorre sedação profunda, que pode chegar a coma e morte.

O tratamento do alcoolismo crônico é multidisciplinar e necessita da disposição do usuário. Os grupos de apoio, como os alcóolicos



Para metabolizar o álcool, o organismo sintetiza colesterol, que acaba por se infiltrar no fígado. É por isso que frequentemente o abuso de álcool resulta em cirrose hepática.

anônimos, têm obtido excelentes resultados, embora muitas vezes o indivíduo necessite da ajuda psiquiátrica e psicoterápica para lidar com as seqüelas do uso.

Já a **cocaína** é extraída das folhas da “coca” e normalmente utilizada pelos nativos com o objetivo de reduzir a fadiga, sendo identificada e isolada em 1858. Seus efeitos anestésicos locais fizeram com que rapidamente entrasse na “medicina doméstica”, chegando a ser vendida em farmácias e quitandas da Europa, que mais tarde passou a utilizá-la também como revitalizante. Até 1906 estava presente em alguns refrigerantes e só em 1914 seu uso foi proibido.

A cocaína é um pó branco com potente ação vasoconstritora e anestésica local. Seu uso se dá por via oral, nasal e venosa. Sua utilização por via nasal pode levar à lesão das células olfativas e ocasionar a perda do olfato (anosmia). Por via venosa, seu uso é muito perigoso, pois embora não desenvolva tolerância que exija doses maiores, seu efeito é de pouca duração, o que pode levar à sua administração a cada 10 minutos. A dependência que causa é apenas psíquica. Mais recentemente tornou-se popular o seu uso fumado, o “crack”, que vem levando seus usuários não raro à morte súbita.

Sensações que fazem com que muitas pessoas a utilizem são a de possuir grande força muscular, alerta mental e euforia. Geralmente surgem idéias persecutórias, alucinações visuais, auditivas e tácteis. O conjunto de todas estas reações pode agravar o comportamento agressivo e anti-social do usuário.

Seu uso constante pode ocasionar distúrbios digestivos, anorexia, emagrecimento insônia e até convulsões. A depressão freqüentemente está presente após a euforia, o que leva muitos usuários a associarem a heroína e morfina que apresenta efeitos mais prolongados.

Dentre os **opiáceos**, destaca-se o ópio que é extraído da papoula. É dele que se origina um poderoso hipnoanalgésico, muito utilizado na Medicina: a **morfina**. A **heroína** também se origina do ópio e, curiosamente, surgiu para tratar a dependência da morfina. Estas drogas causam intensa dependência e desenvolvem tolerância mesmo quando utilizadas em doses terapêuticas.

O efeito obtido com o uso de opiáceos é variável com a dose e sensibilidade do usuário. Produz uma sensação de prazer semelhante a um orgasmo, acompanhada pela sensação de que se está flutuando e de que tudo está bem.

Observando alguém sob efeito desta droga, você vai percebê-lo apático, letárgico, com respiração superficial, hipotensão ortostática, vasodilatação e miose (contração da pupila), podendo apresentar diminuição da mobilidade intestinal e obstipação.

Como sua abstinência é muito desagradável, o indivíduo necessita estar a maior parte do tempo sob o efeito da droga e, a menos que



Quem ainda não ouviu falar do pó? Todos os dias os jornais apresentam apreensões de quilos e quilos de cocaína que parecem não ter fim.

tenha uma boa situação financeira, muitas vezes se vê obrigado a realizar atividades criminosas para manter o seu uso.

Alguns autores defendem que até a quarta ou quinta dose, o uso dessas drogas se dá pela curiosidade ou para obter seus efeitos euforizantes. A partir daí, o que o usuário deseja é evitar as reações de abstinência.

Dentre os **psicotogênicos**, temos a maconha e os alucinógenos. Derivada da *Cannabis sativa*, a **maconha** tem seus efeitos variáveis de acordo com as características genéticas da planta, o local de cultivo, o tempo decorrido após a colheita e condições de estocagem. A parte da planta a ser aproveitada interfere no nome que recebe. Quando composta de folhas e flores é chamada de maconha; quando composta apenas de flores, é mais potente e denomina-se **ganja**. A mais potente de todas as preparações chama-se **haxixe**, sendo composta da resina obtida da planta.

Usualmente as preparações de Cannabis são fumadas, produzindo efeitos mais fortes e intensos que quando ingeridas com alimentos. Embora existam inúmeros fatores que influenciem nos efeitos dessa droga, como ambiente, a expectativa, as condições físicas e até a personalidade de quem usa, em geral inclui-se a euforia, alterações da sensopercepção, diminuição do senso de identidade e algumas vezes alucinações visuais e auditivas.

Os sinais que possibilitam identificar os usuários crônicos dessas drogas incluem: olhos vermelhos, diminuição da força muscular, taquicardia, sedação e sono.

Embora seja muito popularizada e muitas vezes se diga que é inofensiva, a maconha, em altas doses, ocasiona um estado de intoxicação aguda com idéias de perseguição, despersonalização, excitação e alucinações. Em alguns casos, surgem os distúrbios de pânico.

Em pessoas não acostumadas com seu uso, este estado de intoxicação pode ocorrer mesmo em pequenas doses.

O uso freqüente dessas drogas pode desenvolver tolerância, e seu uso prolongado pode levar a uma síndrome caracterizada por apatia, falta de iniciativa, de crítica e de satisfação. Também pode surgir uma psicose paranóide (psicose “canabínica”) ou a precipitação de psicoses semelhantes à esquizofrenia.

Já os **alucinógenos** são drogas capazes de produzir a alteração da sensopercepção. Seu representante mais potente é a dietilamida de ácido lisérgico, mais conhecida como **LSD**, que com uma dose diária de 25mg por via oral produz efeitos por até 6 horas. Devido a isso, o uso dessas drogas, bem como os das demais drogas deste grupo, como a Mescalina^R e a Ipomea^R, é periódico e não contínuo. Além disso, embora desenvolva tolerância, esta desaparece com facilidade, e como

não causa dependência física (apenas psicológica), não exige administrações repetidas para impedir os sintomas de abstinência.

Os efeitos provocados por essas drogas incluem euforia, depressão, ansiedade, perda da noção de tempo e espaço, forma e cores, alucinações visuais algumas vezes bastante complexas, idéias delirantes de grandeza ou de perseguição, despersonalização, midríase (dilatação da pupila), hipertermia e hipertensão.

Durante as “viagens” (sensação experimentada quando sob o uso da droga) algumas vezes podem surgir a sensação de pânico, experiência de despersonalização, perda de identidade – o que caracteriza as “viagens más”, que podem levar ao suicídio.

Este tipo de droga pode levar o indivíduo a apresentar os flashbacks, ou seja, re-experimentar as alterações de sensopercepção tempos após ter ingerido a droga.

7.2 Terapias psicossociais

Dentro desse conceito se agrupam vários tipos de atendimento terapêutico e nem sempre fica muito claro para o paciente, sua família e até para os outros profissionais como são e para que servem esses atendimentos. É importante que isso fique esclarecido a fim de que não tenham um caráter “burocrático” – fazer porque tem que fazer ou “porque o doutor mandou”. Muitas vezes é para o auxiliar de enfermagem que o paciente vai expor suas dúvidas. Por isso, é importante que ele saiba do que se tratam os atendimentos, para que possa tranquilizar o paciente, aconselhando-o **sempre** a discutir suas dúvidas com o profissional que o atende.

Podemos dividir as terapias psicossociais em dois grupos: as psicoterapias e as terapias pela atividade.

O tratamento **psicoterápico** é, na maior parte das vezes, realizado pelo psicólogo (às vezes também pode ser feito pelo psiquiatra) e seu objetivo é variável de acordo com o caso, mas, em linhas gerais, visa ajudar o indivíduo a retomar um estado de equilíbrio pessoal.

O atendimento psicoterápico pode ser feito de forma **individual** em que o paciente fica sozinho com o terapeuta; **em grupo** em que estes são relativamente pequenos, onde são tratadas não apenas as dificuldades de cada um, mas também o relacionamento do grupo como um todo; **em família**, onde o atendimento é feito com o paciente e sua família e voltado para o reestabelecimento do equilíbrio familiar, essencial, muitas vezes, à melhora do paciente; **conjugal**, sendo semelhante ao anterior, só que apenas o paciente e seu cônjuge são atendidos.



A abordagem de atendimento é algo específico do terapeuta, mas o auxiliar de enfermagem freqüentemente ouvirá comentários a respeito do jeito que o psicoterapeuta atende, sendo essencial que oriente o paciente a tirar suas dúvidas com o próprio profissional. No entanto, acontece de o auxiliar de enfermagem formar imagens de certo e errado em relação à forma de tratar de cada um, o que pode ser um problema. Por isso, deve, ele próprio, procurar informar-se diante de suas dúvidas

Cada psicoterapeuta pode ter uma forma diferente de lidar com o paciente, seja por seu jeito pessoal (se é mais fechado ou mais expansivo), seja pela sua abordagem de tratamento. As abordagens mais comuns são:

- **Terapia cognitivo-comportamental** – Aborda os pensamentos e comportamentos atuais.

- **Psicanálise** – Aborda as razões inconscientes dos problemas atuais.

- **Psicodrama** – Atua com dramatizações de situações.

- **Terapias interpessoais** – Abordam os relacionamentos atuais.

- **Terapias pela Atividade** - Sob esse título, agrupamos as atividades terapêuticas que usam a atividade do paciente como ponto principal. Podemos classificá-las como ocupacionais e recreativas.

- **Terapia ocupacional** – Constitui importante modalidade de atendimento, indispensável nos casos mais graves, como a esquizofrenia, que oferece ao paciente diferentes possibilidades de atividade laborativa (de trabalho), geralmente em forma de “oficinas terapêuticas”, isto é, grupos de pacientes que se reúnem para realizar um trabalho em comum.

As oficinas terapêuticas têm o objetivo de oferecer ao indivíduo com transtorno mental diferentes possibilidades de se expressar no mundo, estabelecendo com ele um canal de comunicação mais saudável; por se dar em grupo, estimula o relacionamento interpessoal, ajuda o paciente a lidar com conquistas e frustrações e a desenvolver maior independência, retomando aos poucos a responsabilidade por seus atos.

Alguns tipos de oficinas terapêuticas que podemos citar são: de poesia, de teatro, de música e canto, de radiofonia, de marcenaria, pintura, artesanato, informática, jardinagem, do corpo (tai chi chuan, dança, capoeira) e outras.

Os pacientes geralmente escolhem aquelas das quais desejam participar com a ajuda do terapeuta ocupacional e outros profissionais, e pacientes habilitados podem atuar como monitores.

As oficinas terapêuticas constituem importante instrumento de ligação, inclusive com a sociedade como um todo, se forem articuladas atividades reunindo outros segmentos da sociedade – por exemplo, a exposição dos trabalhos realizados pelos pacientes.

- **Terapia recreativa** – Tem objetivos parecidos com os da terapia ocupacional, mas as atividades desenvolvidas têm um cunho recreativo, tais como os jogos, atividades esportivas, festas e comemorações.



Os pacientes também podem ser envolvidos nas tarefas de rotina de acordo com suas condições e desejo de participar, sem, no entanto, serem obrigados a isso ou substituírem os profissionais em suas funções.

7.2 - ECT - eletroconvulsoterapia ou eletrochoque

É um tipo de tratamento que consiste em fazer passar uma corrente elétrica pelo corpo, por meio de eletrodos colocados em uma ou ambas as têmporas, produzindo alterações neuroquímicas e neuroendócrinas. O tempo de aplicação é de 5 a 15 segundos, não bastando apenas uma sessão. Normalmente são prescritas várias aplicações.

A ECT é prescrita sempre pelo psiquiatra, e hoje em dia seu uso se restringe a casos de depressão grave que não respondam a outras formas de tratamento e estados de grande agitação e desorganização.

Você pode observar que, em ambos os casos, há risco de vida para o paciente, e estes costumam responder a tal tipo de terapia.

O eletrochoque é aplicado por uma equipe composta de psiquiatra, enfermeiro, anestesista e auxiliar ou técnico de enfermagem. É realizado em uma sala específica da unidade, que desde o início deve estar preparada para o caso de surgir uma emergência, com medicações de urgência, como Sulfato de Atropina^R, Cloreto de Cálcio^R, Diazepan^R, Lidocaína^R, Bicarbonato de Sódio^R e outros, assim como material que inclua: aspirador (em bom estado de funcionamento), eletrocardiógrafo, material para infusão venosa, desfibrilador, laringoscópio, tubo endotraqueal, tubo de oxigênio com manômetro, protetor de língua etc.

Procurando amenizar os efeitos e evitar complicações fisiológicas e legais do uso do eletrochoque, é importante que antes do procedimento o auxiliar de enfermagem tome alguns cuidados.

Antes de encaminhar o paciente ao procedimento, é preciso confirmar a prescrição médica no prontuário e a autorização da família através da assinatura na folha de consentimento.

Descrever ao paciente o procedimento, mesmo que pensemos que ele não compreenda, tranquilizando-o e escutando seus receios, enquanto o acompanha a sala do procedimento.

Para diminuir o risco de vômitos e broncoaspiração, o paciente deve estar em jejum por pelo menos 4 horas.

Estando prescrita (Atropina^R, Diazepan^R), administrar a medicação aproximadamente 30 minutos antes do procedimento.



Este tratamento continua sendo um método muito discutido pela sua agressividade. Ao mesmo tempo em que o paciente apresenta melhora do seu quadro clínico, é exposto a riscos que muitos profissionais de saúde acreditam ser desnecessários. É rejeitado também pelos usuários e familiares da saúde mental pelo medo que produz porque foi usado, por muito tempo, como punição.



A parada cardiorrespiratória e prolongamento da convulsão são as emergências mais comuns nessa terapia.

Como o procedimento causa o relaxamento dos esfíncteres, é importante solicitar que urine e evacue previamente.

Procurando oferecer mais conforto e evitar lesões corporais, vesti-lo/a com pijama ou camisola larga, como também pedir que retire grampos, jóias e/ou próteses e colocar protetor de língua

Para manter as vias aéreas p rveas, pedir ao paciente que se deite em decúbito dorsal sem travesseiro, verificando os sinais vitais em busca de anormalidades na iminência do tratamento, registrando e avisando   enfermeira ou ao médico, caso encontre altera es.

Untar as têmporas do paciente com geléia eletrolítica para instala o dos eletrodos e para melhor condu o elétrica, auxiliando o anestesista na administra o de anestésicos.

Neste ponto, o psiquiatra realizar  o eletrochoque.

Imediatamente após a aplica o acontecem convulsões cr nicas que podem ser acompanhadas de saliva o, lacrimejamento, sudorese e por vezes ejacula o e emissão de urina. A equipe deve proceder de forma muito rápida, procurando evitar complica es imediatas ao tratamento.

Para tanto,   preciso proteger as articula es temporo-mandibular, escápulo-umeral, coxo-femural e dos joelhos durante a convulsão, para evitar luxa es ou fraturas.

Virar a cabeça do paciente para o lado, após a convulsão, mantendo as vias respiratórias permeáveis, aspirando secre es e administrando oxig nio.

Permanecer junto ao paciente até que volte   consciência (o que pode acontecer rapidamente), atentando para seu estado neuromuscular, cardiorrespiratório e mental, mantendo-o em posi o de segurança (de lado ou em Sims) como também verificar sinais vitais, procurando identificar anormalidades.

Ajudá-lo a orientar-se ao acordar, pois seu estado de confusão dura várias horas, e isso pode assust -lo; procurando observar e registrar queixas de cefaléia, amnésia e confusão mental decorrentes das altera es das ondas cerebrais. Ajudá-lo a levantar-se e verificar se há hipotensão postural.

Deixá-lo dormir se desejar ou acompanhá-lo ao refeitório para o desjejum.

Registrar todo o procedimento em prontuário, após recolher todo o material, enviá-lo   esteriliza o conforme o caso e deixar a sala de tratamento arrumada.

As complicações do tratamento são decorrentes da descarga elétrica e de acidentes durante o procedimento. As mais comuns são: apnéia prolongada; acidentes osteoarticulares; cefaléias; mordedura de língua ou do lábio inferior; perda da memória, que pode se recuperar nos seis meses seguintes; confusão, que pode alterar as relações, provocando desorientação.



É muito importante que o profissional de saúde observe ações de prevenção de riscos de acidentes, para que ele mesmo não receba uma descarga elétrica.

8 - CONDUTAS DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO SETOR DE SAÚDE MENTAL

8.1 Setores de atendimento em Saúde Mental

A criatividade é marca registrada da rede terapêutica que envolve a Saúde Mental. A partir da Reforma Psiquiátrica dos fins dos anos 1980 - 1990, que abre as portas dos asilos e manicômios, passa-se a enxergar o portador de transtorno mental como alguém que está “vivo” e, portanto, “reabilitável”. Diante das três áreas de atuação (primária, secundária e terciária) começam a surgir a cada dia novas e revolucionárias alternativas e estratégias que permitem levar a cabo o tratamento de transtornos psíquicos, sejam agudos, crônicos ou de reabilitação.



Gradualmente, o hospital psiquiátrico deixa de ser uma instituição fechada para se tornar palco de uma assistência de portas abertas, integrada numa rede de saúde regional. Se dizemos gradualmente, é porque não se pode romper de repente com pensamentos, preconceitos e medos, mantidos a séculos, principalmente em um país onde as condições de amparo social ainda encontram-se deficientes.

O investimento no tratamento ambulatorial passou a inovar formas mais eficazes de atender e de reinserir na sociedade os portadores crônicos de transtornos mentais.

Desta forma, para que não houvesse um rompimento abrupto entre a unidade de internação e o atendimento ambulatorial, surgiram



Dar altas hospitalares não será solução se o paciente não tiver condições de ser inserido na sociedade.

estruturas intermediárias entre a hospitalização psiquiátrica e a integração do paciente à sociedade, que receberam nomes como hospitais-dia, lares abrigados, CAPS, com atuações diferentes descritas a seguir:

Os **hospitais-dia** são locais onde o paciente passa um período limitado (algumas horas durante o dia) sem se afastar de seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, prevenindo assim a reclusão e a marginalização do paciente, ao mesmo tempo em que proporciona a sua reabilitação e reinserção social. Dispõe de um programa terapêutico que dá ênfase a manifestações clínicas e terapêuticas.

Num hospital-dia, trabalha-se com terapias individuais, com intervenções familiares, mas, sobretudo, trabalha-se em grupos, assim denominados: grupo de pacientes, grupo terapêutico (equipe terapêutica e pacientes) e equipe terapêutica (equipe multiprofissional e interdisciplinar).

De forma direta ou indireta, toda a equipe terapêutica participa nas diferentes atividades assistenciais, fazendo com que haja uma tomada de decisões de forma conjunta, troca de informações entre os diferentes profissionais, planejamento e estabelecimento conjunto do conteúdo das atividades assistenciais e, definição por todos dos papéis e tarefas de cada membro da equipe em cada uma delas.

As atividades terapêuticas de um hospital-dia podem se resumir em:

- Reuniões matinais - Como o nome indica, acontece na primeira hora da manhã, como uma forma de **acolhimento** entre a equipe terapêutica e os pacientes. Permite à equipe prever a demanda de trabalho que o grupo de pacientes vai solicitar, possibilitando novas estratégias, caso haja necessidade.
- Sessões de expressão corporal, musicoterapia e dramatização, mobilização corporal e psicomotricidade - Pode participar qualquer membro da equipe, além dos pacientes e o monitor ou terapeuta correspondente.
- Assembléia de grupo terapêutico - Participa todo o grupo terapêutico (equipe e pacientes).
- Psicoterapia de grupo - Participam pacientes, com um psicólogo e outro membro da equipe.
- Psicodrama - Necessita de um psicodramatista e outros membros da equipe, além do grupo de pacientes.
- Dinâmica de grupos ou grupos de discussão - Necessita do grupo terapêutico completo.
- Atividades de animação sociocultural - Pode participar toda a equipe terapêutica com o grupo de pacientes.
- Oficinas de expressão plástica - Terapeuta ocupacional, a enfermagem e o grupo de pacientes.

- Psicoterapia individual - Psicólogo e paciente.
- Intervenções familiares - Realizadas entre psicólogo ou psiquiatra, paciente e família.
- Tratamento psicofarmacológico - Realizado pelo psiquiatra, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e paciente.

As atividades do auxiliar de enfermagem serão definidas como as dos demais membros da equipe multiprofissional, através de reuniões onde levanta-se as necessidades. Porém o registro de suas observações é indispensável. É muito importante que você registre tudo o que observar nos pacientes, desde aspectos físicos, conduta até a participação nas atividades.

Os **Lares Abrigados** são locais onde podem viver ou morar um grupo de portadores de transtornos mentais num clima familiar, sob tutela de uma equipe assistencial, por um período mais ou menos longo. É totalmente integrado à comunidade e permite uma vida autônoma. Não raro, devido à ausência da família, alguns lares tornam-se uma residência definitiva.

A equipe que trabalha com lares abrigados apresenta um programa estruturado cujos objetivos são o desenvolvimento da autonomia da pessoa e do grupo e a ressocialização. Para detectar se estes objetivos foram atingidos, são necessárias reuniões periódicas entre os profissionais da equipe. Essas reuniões servem para os levantamentos de problemas e conflitos que surgem nas relações e nas tarefas cotidianas para ajudar a superá-los.

A equipe de enfermagem assume aqui uma importância vital. Ela é quem mais está presente em visitas e as suas orientações de educação em saúde e higiene são indispensáveis. Nestes lares, a detecção precoce de agravos à saúde assume tal relevância que pode por o trabalho a perder caso falhe.

Também está a cargo da equipe de enfermagem a supervisão e, em alguns casos, até a administração medicamentosa, assim como a detecção de possíveis efeitos colaterais.

O **CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)** é uma forma de assistência do SUS para problemas de Saúde Mental individual ou coletiva que se distingue principalmente pelo acesso local. É um exercício de democracia, pois atua com uma sensível redução da hierarquia assistente/assistido. Essa parece ser, na verdade, a maior diferença entre os CAPSs e os hospitais-dia, pois o CAPS questiona os papéis da equipe na família e na comunidade.

Atua através de Oficinas onde realizam-se trabalhos manuais e artísticos que proporcionam ao usuário via de acesso à expressão de seus sentimentos, emoções, criatividade. Mas quando necessário pode ser feito o atendimento individual.



Se você já teve contato com setores de Saúde Mental, pode verificar que estas atividades citadas não são obrigatoriamente realizadas por todo hospital-dia, assim como não têm que ser as únicas. A criatividade da equipe terapêutica, assim como suas habilidades pessoais, podem modificar sempre que necessário esses modelos, que, no caso, servem apenas para ilustração.



É necessário que os pacientes desenvolvam hábitos de vida saudável, horário de alimentação, exercício físico, expressando seus sentimentos e dificuldades etc. Porém o profissional de saúde deve respeitar os hábitos que estes pacientes já possuem, ainda que pouco tradicionais, desde que não prejudiquem a saúde.



O registro detalhado de tudo o que foi observado poderá fornecer argumentos importantes para toda a equipe terapêutica. Por isso, ANOTE TUDO!



Egressos – Se refere às pessoas que passaram por um determinado processo. Neste caso, são os pacientes que ficaram internados nos hospitais psiquiátricos e já tiveram alta.



No Instituto Philip Pinel, no Rio de Janeiro, podemos encontrar um exemplo desse trabalho que é a Cooperativa de Culinária.



Diante disso: Como atua a enfermagem?



Assim como acontece quando chegamos a algum lugar, o “acolhimento” é de extrema relevância para o paciente sentir-se bem e aberto ao tratamento.

Deste trabalho surgiram as Associações, formadas a partir de grupos de egressos dos hospitais psiquiátricos, que se organizaram e incorporaram familiares e profissionais de diversas áreas, em busca dos direitos dos usuários do serviço de saúde mental na defesa de sua cidadania. Não negam a marca que os faz singulares, porém lembram que são iguais a todos os cidadãos, com direito a saúde, lazer, amor, segurança e sobretudo RESPEITO. Estas associações deram origem a articulação Nacional da Luta Antimanicomial.

Com a organização e o trabalho desses usuários do serviço, que descobrem suas próprias e ilimitadas capacidade, surgem as cooperativas. Seu funcionamento não se distingue em muito das demais cooperativas, a não ser pela disposição dos pacientes que nela atuam e que há muito não percebiam-se como seres capazes. Embora funcionem nas dependências do CAPS, seu lucro é revertido para a própria cooperativa.

De acordo com a realidade local, o CAPS assume táticas diferentes para enfrentar os problemas decorrentes das diversas formas de viver. Assim você jamais encontrará um CAPS igual ao outro. Porém, eles trazem como ponto comum a luta pela desospitalização, a realização das oficinas terapêuticas e a atuação de uma equipe multiprofissional. Pode atuar em associação com uma emergência psiquiátrica, e o paciente que sai deste setor será avaliado imediatamente para ser inserido em atividades do CAPS, sem que haja necessidade de internação.

Em todos os níveis de atuação, a conduta do auxiliar de enfermagem é sempre um ponto muito importante da ação em saúde.

“Dizem que a primeira impressão é a que fica”. Esta frase popular bem pode estar expressando uma realidade quando pensamos em assistência em saúde. No setor de Saúde Mental, ela assume uma conotação especial, pois a sensação que o paciente experimenta quando chega ao setor não é somente relevante; assume um papel essencial no seu tratamento.



A maneira como é recebido, a expressão das pessoas que lhe atendem ou mesmo o tom de voz com que falam, são capazes de gerar sentimentos que tanto podem determinar o tratamento como afastar o indivíduo. Não é raro o paciente sair de um setor de atendimento jurando que não volta mais porque foi maltratado pelo profissional que o atendeu ou porque não “foi com a cara” daquele profissional. Não cabe

discutirmos aqui se ele volta ou não ao setor, mas sim no tempo em que ele adiará o tratamento.

A recepção do paciente é o primeiro item quando nos referimos ao **ambiente terapêutico**. E embora o auxiliar de enfermagem seja o profissional que, normalmente, recepciona uma pessoa que procura um setor de saúde, não é o único responsável pela manutenção deste ambiente.

Um ambiente terapêutico é aquele em que o indivíduo consegue se sentir bem e seguro, física e psicologicamente, e que ao mesmo tempo estimule a recuperação da saúde. Alguns fatores são indispensáveis para que se promova um ambiente terapêutico. E por mais incrível que pareça, promover um ambiente não é muito diferente do que preparar a sua casa para uma festa.

- **Planta física** - O ambiente deve ser arejado e de preferência amplo e bem iluminado, de modo a transmitir sensação de segurança e bem-estar. O profissional deve preocupar-se em tornar o ambiente o mais belo e agradável possível, simples porém aconchegante.

- **Higiene ambiental** - Ninguém pode sentir-se bem num ambiente sujo. Muitas vezes devido ao fato de que os transtornos mentais não são transmissíveis, os profissionais de saúde tendem a relaxar com a manutenção da higiene. No entanto, é importante que ela mantenha-se não somente pela questão do bem-estar, mas também para evitar surtos de doenças infecto-parasitárias e infestações.

- **Arrumação e decoração** - O excesso de mobília ou o mobiliário mal disposto, além de tumultuar o ambiente, podem atrapalhar o atendimento num caso de emergência. Também deve-se evitar objetos e adornos que possam por em risco a segurança, assim como objetos ou imagens religiosas ou ritualistas. Isso faz parte do respeito ao que cada um acredita. É importante a participação de todos nesta questão, inclusive dos pacientes.

- **Som ambiente** - Não obstante os avanços da musicoterapia, a utilização de aparelhos sonoros nem sempre favorece a formação de um ambiente terapêutico. Ao contrário, uma escolha inadequada pode causar irritação e até mesmo desencadear crises. Por isso, a escolha de músicas, bem como o momento de utilizá-las, deve sempre ser orientada por um profissional competente (se possível um musicoterapeuta). Vale ressaltar ainda o emprego freqüente de músicas religiosas, que também são contra-indicadas, pois é muito importante respeitar a religião de todos.

- **Atividades** - Num ambiente terapêutico, o paciente não vegeta pelos corredores e salas em uma atitude passiva. Neste ambiente, embora tenha tempo para repousar ou refletir, ele mantém-se em atividades como reunião de grupo, exercício físicos, trabalhos manuais e outros.



O portador de um transtorno mental é alguém que traz consigo toda uma carga de sentimentos e emoções com os quais não sabe lidar, podendo ser muitas vezes os fatores causadores de seus problemas. Lidar com esse tipo de paciente requer mais que paciência e educação, exige respeito e amor.



Num ambiente terapêutico, não podem existir situações ou objetos que possam provocar danos ao próprio paciente ou a outros, particularmente em situações como agressividade, tentativa de suicídio e abuso de drogas. Porém, isso não quer dizer que estes pacientes não possam trabalhar em oficinas com o material necessário, mesmos que sejam objetos cortantes. Apenas a supervisão é essencial.



Ruídos excessivos podem ser os causadores de estresse e desencadear reações nem sempre esperadas.



É muito importante lembrar que a promoção da Saúde Mental também passa pela promoção da saúde do corpo. Por isso, não devemos esquecer as medidas e orientações de saúde.

A **equipe terapêutica** é formada por vários profissionais, dependendo de cada programa terapêutico que o tratamento englobe. Na equipe básica encontram-se o enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, assistente social, técnico e auxiliares de enfermagem. Pode contar ainda com terapeuta ocupacional, nutricionista, professores de Educação Física, musicoterapeuta, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, animador sócio-cultural, artista plástico etc.

A chave de um ambiente terapêutico está no estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipe terapêutica e os pacientes.

8.2 Relação terapêutica: a ferramenta indispensável



Relação terapêutica é aquela que se estabelece entre o membro da equipe terapêutica, os familiares e todo o grupo de pacientes. Uma vez estabelecida, torna-se uma ferramenta de trabalho importantíssima para que o profissional possa intervir junto ao paciente.

Para que o profissional consiga estabelecer uma relação terapêutica, é muito importante o seu autoconhecimento, para que não confunda seus desejos, crenças, valores morais, necessidades, sentimentos e emoções com as do paciente, o que o levaria a fazer interpretações erradas.

Certa vez, num registro de enfermagem, encontrou-se a seguinte anotação: “Paciente tenso com o fato de sua mulher não ter comparecido a visita. Diz que ela nunca o amou e que só se casou com ele para não ficar solteira. Fala que quer morrer por isso. Aconselhei que tivesse mais fé em Deus, não pensasse mais em morrer, e que assim que estivesse bom voltasse para sua terra e arrumasse uma outra mulher.”

Uma relação, para ser terapêutica, necessita de um início de confiança, de aceitação e de comunicação clara. A comunicação verbal com o paciente portador de transtorno mental nem sempre é muito fácil, e algumas técnicas podem auxiliar para favorecer o autoconhecimento do paciente na mesma medida em que você o compreende.

- **Escuta** - É muito importante que você escute o que o paciente tem a dizer, mostrando-se receptivo, olhando-o numa atitude aberta, de modo que ele perceba a sua importância.

- **Paráfrase** - Consiste em repetir ao paciente o conteúdo do que disse, com o objetivo de fazê-lo tomar consciência do que falou.

- **Clarificação** - Pode-se pedir ao paciente que torne a mensagem mais clara, para que se compreenda o que foi dito ou para complementar uma idéia exposta.

- **Frases por repetição** - Quando um paciente fica bloqueado, pode-se repetir uma palavra ou uma frase no decorrer da conversa para convidá-lo a falar mais.

- **Silêncio** - É uma pausa mais ou menos longa na conversação que deve ser respeitada para que o paciente possa refletir.

- **Propostas abertas** - Trata-se de permitir que o paciente conduza e escolha o assunto.



Apesar de todas estas técnicas, o auxiliar de enfermagem não deve descartar a comunicação não-verbal, que é feita através de gestos, expressões, tom de voz e atitudes.

8.3 Intervenções do auxiliar de enfermagem diante de determinados comportamentos

Até agora vimos maneiras de promover um ambiente terapêutico e estabelecer uma relação terapêutica com o paciente, mas no que se refere ao auxiliar de enfermagem isto não é o suficiente. É necessário intervir para ajudá-lo na manutenção da integridade física também, e o relacionamento terapêutico é a ferramenta para atingir os objetivos que, neste caso, não correspondem a tecer diagnósticos ou fornecer rótulos do tipo “esquizofrênico”, “psicótico”, “deprimido” e outros.

Mais importante do que conhecer diagnósticos é saber identificar determinados comportamentos nos pacientes que atende e conseguir lidar com cada um deles individualmente, de modo a atender suas necessidades básicas. Para isso, o auxiliar de enfermagem deve seguir a prescrição de enfermagem que é realizada pelo enfermeiro a partir dos problemas apresentados pelo paciente e buscar formas de agir de acordo com o comportamento que detectar no momento. O registro de todas as observações e procedimentos é sempre um cuidado indispensável.



Muitos profissionais, quando chegam no setor de Saúde Mental, encantam-se pelas entrevistas e se esquecem de prestar cuidados básicos, como a higiene e alimentação.



Embora muitos portadores de transtornos mentais tenham dificuldades em buscar a satisfação de suas necessidades básicas, estas necessitam ser atendidas.

● Diante do paciente ansioso:

“Eu já não durmo direito. Morro de medo de tudo. Tem horas que me dá uma crise e eu preciso estar perto de alguém. Eu sei que parece um absurdo, mas não consigo controlar.”

Você se lembra das reações de um paciente com transtorno de ansiedade?

Este é, muitas vezes, tido por toda a equipe como um paciente “chato”. Pode apresentar vários níveis, assim como vários aspectos para a sua ansiedade. Muitas vezes queixa-se de medos injustificáveis, “incomoda” e solicita a equipe em demasia, pois sentir-se só diante de tantos medos pode ser ainda mais assustador, não acha?

Na manutenção de um ambiente terapêutico, ouvir as queixas e receios é essencial, em todos os casos. Mostrar-se tranqüilo, utilizando frases curtas, com um tom de voz firme, na conversação também pode ajudar.

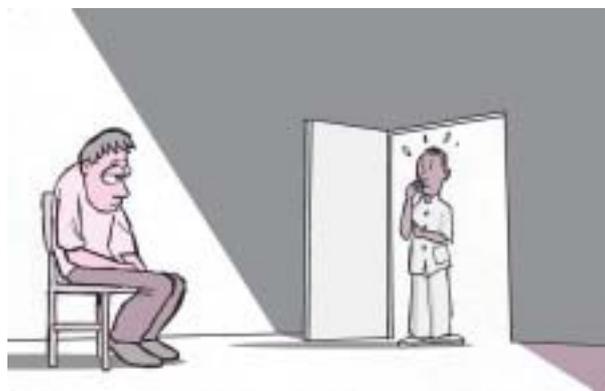
Este indivíduo pode apresentar um padrão respiratório ineficaz. Portanto, você deve observar a possibilidade de estar usando roupas muito apertadas, auxiliá-lo e estimulá-lo na execução de exercícios respiratórios, além de observar a coloração de mucosas e leito ungueal.

É muito importante observar também o padrão de alimentação (pode apresentar hiperfagia) e uma nutricionista pode lhe fornecer orientações quanto à dieta mais adequada para evitar aumento ponderal exagerado. As excretas devem ser observadas e anotadas.

Você deve orientar sempre o indivíduo em relação ao tempo, espaço e pessoas caso esteja desorientado, porém é inútil tentar mostrar-lhe que o medo que sente é irreal. Dizer-lhe que não deve se preocupar pode fazer com que se sinta incompreendido e sozinho, aumentando assim a tensão.

Pode ser bastante salutar a sua participação em atividades simples, porém não competitivas, e você deve estimulá-lo. Inicialmente, é esperado que ele apresente medo de realizá-las. É inútil tentar provocar situações para que ele “perca o medo”, correndo-se o risco de fazê-lo entrar em pânico. Comece participando com ele, até que se sinta seguro.

● Diante do paciente deprimido:



“Eu sinto vontade de morrer. Já tentei suicídio por três vezes. Acho que estou sendo um estorvo na vida de meu marido e meus filhos. Eles são muito bons para mim e eu não queria mais atrapalhá-los.”

Este paciente apresenta-se triste, culpado e isolado. É descrito muitas vezes como “baixo astral”. É comum encontrarmos membros da equipe que não gostam de trabalhar com esse tipo de paciente, por razões óbvias. Pode ser muito difícil ver nos outros um quadro agravado do que sentimos, e depressão não é um problema incomum.

Para lidar com este tipo de transtorno, é necessário que o profissional se conscientize de que “sentir pena” não só não ajuda como pode

atrapalhar. O ambiente terapêutico requer respeito, e “sentir pena” pode não ser a melhor forma de demonstrá-lo.

O maior risco em lidar com esse tipo de paciente é o de suicídio (esse risco aumenta quando começa a melhorar de seu transtorno). Este deve ser mantido sob vigilância quando em uso de objetos pontiagudos e cortantes e cordas – isto é, tudo o que possa por em risco a sua integridade física – até que passe o perigo. Esta vigilância deve ser discreta para não lembrar ao paciente todo tempo de seu risco.

Você pode perguntar ao paciente se deseja morrer, pois a pergunta não irá induzi-lo. No entanto, fornecerá um dado para seus cuidados. Porém, é contra-indicado tecer comentários quanto a essa atitude. Sua presença constante, ouvindo-o e participando das atividades, é uma boa maneira de manter a vigilância e integrá-lo ao grupo. Caso o paciente pergunte se está sendo vigiado, você pode lembrá-lo de que já fez referência à vontade ou tentativa de morrer e que a equipe deseja protegê-lo. É um bom momento para fazê-lo sentir-se valorizado.

Certo profissional, depois de ouvir um paciente falar que tomou 20 comprimidos de Diazepam^R porque queria morrer, afirmou: “Você não queria morrer! Quem quer morrer dá logo um tiro na cabeça!” Dois dias depois, recebeu a notícia de que o paciente se suicidara. Com um tiro na cabeça.

No caso de uma tentativa de suicídio, o auxiliar deve prestar os primeiros socorros (hemorragia, asfixia etc), evitar deixar o paciente sozinho e, uma vez que ele seja removido, atuar junto aos outros pacientes para evitar o pânico.

Um paciente deprimido costuma se descuidar de seus cuidados básicos por não valorizá-los ou por achar que deve ser punido. Por isso, é muito importante a enfermagem estar atenta a questões como:

- Alimentação - A comida deve ter bom aspecto e temperatura adequada. No caso de se recusar a comer, deve-se fracionar a dieta.
- Hidratação - Deve-se ter uma atenção especial a este item, observando na pele e mucosas qualquer sinal de desidratação e oferecendo líquido em abundância.
- Excreta - Observar se está defecando e se há algum sinal de alteração. Como muitas vezes fica acamado, pode apresentar constipação.
- Perda ponderal - O paciente com depressão grave deve ser pesado diariamente.
- Sinais de infecções ou lesões - Deve-se examinar o paciente em busca de sinais que possam ocasionar uma solução de continuidade.

- Vestuário - É importante valorizar o aquecimento do corpo, pois sua circulação pode estar mais lenta. Estar bem vestido, arrumado e penteado também pode melhorar sua aparência e auto-estima.
- Medidas posturais de conforto - Consiste em evitar transtornos musculares por posições inadequadas.
- Padrões de sono e repouso - Observar o tempo que o paciente dorme e se pela manhã se sente pior.
- Atividade física - Estimulá-lo a realizar atividades físicas (pequenos períodos ao longo do dia), procurando saber como se sentiu ao realizá-las e quais são as de sua preferência.

● **Diante de um paciente agitado:**



“Não agüento mais meu irmão. Ele quase não dorme, e o pior é que não me deixa dormir. Anda pela casa a noite inteira falando e cantando. Agora inventou de anunciar a volta de Jesus, e anda por tudo quanto é ônibus e metrô...”

A equipe muitas vezes descreve esse paciente como “irritante”, e numa equipe despreparada pode muitas vezes ser alvo de zombarias e deboches. É extremamente ativo, pode falar, gritar, cantar, dançar etc.

A melhor forma de interagir com ele é chamá-lo para as atividades e conversar sobre assuntos gerais. Você deve **estabelecer limites** para ele, porém somente após ter criado com ele uma **relação de confiança** e, mesmo assim, com o cuidado de não fazê-lo de forma autoritária para não provocar reações desagradáveis que possam gerar a necessidade de contê-lo.

Este é um paciente que dorme pouco e em geral acorda cedo. Pode vestir-se de maneira extravagante, com cores berrantes e vários enfeites, utilizando-os de forma desarmônica. Também alimenta-se mal, pois sua hiperatividade não lhe permite sentar para alimentar-se. É muito importante que lhe sejam oferecidos líquidos e alimentos que possa ingerir enquanto mantém a atividade. A aferição de seus sinais vitais, perda ponderal e grau de hidratação são imprescindíveis.



É comum pensarem que um paciente nunca se lembra do que fez durante um surto. No entanto, isso não é verdade. Após uma crise, apresentando-se mais controlada, uma paciente passou a recusar a atenção de uma auxiliar de enfermagem. Quando se perguntou a razão disso, ela explicou: “Ela estava zombando de mim quando eu estava falando bobagens...”

● **Diante do paciente que se acha perseguido:**

“Eu gosto da minha mãe, mas não confio nela. Existem muitos interesses na minha pessoa ...”

Este é o paciente descrito pela equipe como “difícil”. É claro que sua desconfiança pode apresentar um grau variado, desde a dúvida até delírios paranóicos, porém é importante estar ciente que este paciente pode estar pronto a responder de maneira ameaçadora, agitando-se e tornando-se agressivo. Com frequência, interpreta mal qualquer comentário. É como se estivesse se defendendo todo o tempo. Por estas razões tende a provocar o medo das outras pessoas, causando o seu afastamento.

Ganhar a confiança deste paciente não é fácil. No entanto, mantê-la é quase impossível. Qualquer atitude não planejada pode gerar desconfiança. É preciso ter cuidado com mensagens verbais e não-verbais para evitar que “confirmem suas suspeitas”. Deve-se evitar situações que lhe provoquem ansiedade.

A alimentação e hidratação desse paciente pode estar prejudicada, pois ele pode achar que estão tentando envenená-lo. Por isso deve-se permitir que escolha o que deseja comer e, se possível, que ele mesmo prepare seus alimentos. Pelo mesmo motivo, deve-se verificar sua boca após a administração de medicamentos, ou administrá-los na forma líquida.

Manter uma conduta firme e franca com o paciente, ouvindo seus receios, pode ser uma boa maneira de ganhar sua confiança.

● **Diante do paciente com comportamento anti-social:**

São vistos na equipe como “sedutores” e desafiadores. Não se consideram doentes e, se buscam o serviço de Saúde Mental, geralmente o fazem por alguma imposição. Apresentam boa verbalização, são inteligentes e agradáveis, atributos que muitas vezes usam para atrair simpatia e conseguir o que querem. É importante que o profissional de saúde esteja alerta a estas manobras, para não ser usado.

Nesta categoria, podem estar incluídos os dependentes de drogas ilícitas e os alcoolistas. Deve-se estar alerta aos sinais de intoxicações ou abstinência.

Conselhos ou promessas “arrancadas” destes pacientes não serão capazes de resolver seus problemas enquanto não admitirem que têm um problema para controlar o uso da substância. É bastante útil estimulá-los a participar de atividades.



Nesta situação estes pacientes conseguem perceber os prejuízos que eles causam a si e aos seus. Isso gera culpa e acaba por fazê-los buscar a droga, agravando o seu transtorno.

Em relação ao potencial de violência, o auxiliar de enfermagem não deve demonstrar receio, porém não deve se expor desnecessariamente. É conveniente solicitar a ajuda de mais pessoas do serviço e até mesmo conter o paciente em caso de necessidade. O que não deve ser esquecido é que, seja qual for a medida adotada, ela deve vir acompanhada de respeito pelo indivíduo, evitando-se desafios do tipo: “Vem me bater agora!” Também é indispensável que se explique ao paciente que a medida adotada se deu porque ele passou do limite ou para protegê-lo.

As contenções podem ser medicamentosa (química) ou mecânica (física). As primeiras são sempre prescritas pelo psiquiatra. As contenções mecânicas são indicadas em estados de agitação não controláveis com medicação ou em episódios agudos, como conduta violenta que implique em risco de lesões físicas para si e para os outros.

Perante a necessidade de contenção mecânica, é importante que esta seja feita por profissionais preparados, para evitar agravos ao paciente. Para tal, é necessária a utilização de técnicas apropriadas e uma boa dose de compressão e carinho.



É importante que durante o procedimento de contenção, o profissional com maior vínculo com o paciente, conduza o diálogo, orientando, explicando e lembrando a ele, os motivos que levaram a necessidade da contenção.

Para realizar uma contenção mecânica você necessita de ataduras, braçadeiras, camisa de força e/ou lençóis, podendo também ser realizada com o corpo do profissional de saúde ou de outra pessoa.

O emprego das técnicas deve ser feito com firmeza e rapidez, longe dos olhos de outros pacientes para não impressioná-los. Acima de tudo, nunca se emprega uma contenção se não for absolutamente necessário e sem passar informações ao paciente durante todo o procedimento. Ele não deve se sentir agredido.

Os outros membros da equipe terapêutica devem estar avisados e alertas, quanto a medida adotada para que apoiem aos profissionais envolvidos e demais pacientes, evitando maiores transtornos.

Para evitar fraturas que podem ser ocasionadas por uma queda, procura-se **colocar o paciente no chão** o mais depressa possível, segurando-o pelos ombros, braços e pernas. Reter o paciente, apertando o pescoço “numa gravata” ou o tórax, pode causar acidentes.

Proceder a contenção mecânica com camisa-de-forças. Caso esse recurso não esteja disponível, pode-se colocar um lençol forte ou cobertor debaixo do corpo do paciente. Segurando uma das extremidades, passá-la por cima do corpo, prendendo-a entre o tórax e o braço oposto, abaixo do cotovelo. Fazer o mesmo movimento com a outra ponta do lençol ou cobertor. Aplicar esparadrapo para fixar enquanto for preciso.

Transportá-lo para seu leito, colocar ataduras almofadadas nos punhos e tornozelos, prendendo no estrado da cama. Quando prescrito, administrar a medicação por via parenteral (contenção química).

Conversar com os demais pacientes sobre o fato e após registrar o ocorrido e os procedimentos realizados.



Comumente, ouve-se colocações do tipo: “Só trabalho num setor de Saúde Mental se tiver apoio policial.” No entanto, portadores de transtorno mental não são criminosos e tampouco os policiais são profissionais preparados para atuar na área de saúde. Precisamos aprender a lidar com os usuários do serviço de Saúde Mental, e não a nos defender deles.

9 - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Prevenção em Saúde Mental costuma ser um assunto bastante delicado. Até onde estaremos ajudando o indivíduo a evitar um sofrimento mental e até onde estaremos querendo que todos sejam iguais, como “robosinhos”, com atitudes e comportamentos previsíveis?

Esta é uma pergunta que deve permanecer sempre em nossa mente ao pensarmos em ações de prevenção, a fim de que estejamos avaliando nossos objetivos.

Cada pessoa tem uma forma de ser, de agir, de estar no mundo. Uns são mais alegres e expansivos; outros, mais sérios e fechados; uns mais responsáveis; outros, mais “cabeça fresca”; uns vêm o mundo de forma mais simples; outros, de forma mais complicada. As mudanças que se processam nas pessoas no dia-a-dia são resultado das interações e negociações que fazem com outras pessoas e circunstâncias.

Não se pode pensar numa ação preventiva de Saúde Mental compulsória, onde se estabeleçam normas de como deve ser o sujeito mentalmente saudável e se estabeleçam programas com esse fim. Isso seria utilizar a Saúde Mental em favor de todo um sistema político-social no qual vivemos, ajudando-o a excluir os que não estão dentro da norma. Isso não seria saúde ... muito menos mental.

Fica assim claro que, em Psiquiatria, ou melhor, em Saúde Mental, são possíveis ações de prevenção e promoção. Entretanto estas ações devem se dar em torno de melhorar as condições de atendimento com medidas tais como: aumentar o número de unidades ambulatoriais de



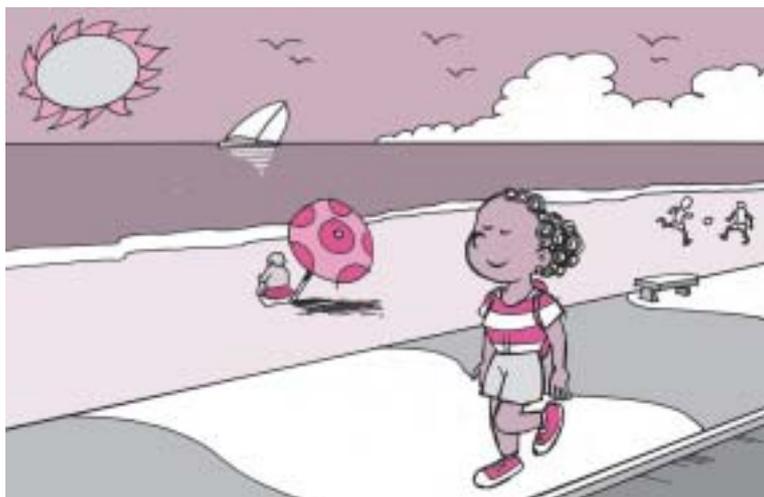
atendimento; capacitar melhor os profissionais, a fim de que possam, inclusive, fazer menor número de prescrições medicamentosas; oferecer uma abordagem multidisciplinar; e oferecer maior facilidade de acesso a quem necessite de ajuda psicoterápica.

É verdade que, se lembrarmos que a atuação em Saúde Mental não está restrita à Psiquiatria, mas permeia outros setores, poderemos pensar em outras formas de prevenção e promoção. Atuar em áreas onde a crise está acontecendo, como oferecer atendimento adequado à mãe que acaba de dar a luz a um natimorto, ou ao paciente que acaba de receber a notícia de uma doença grave ou de uma cirurgia mutiladora são exemplos de ações de promoção e prevenção em Saúde Mental.

Também podemos pensar em todas as ações informativas (como palestras, grupos de reflexão) que podem se dar dentro do hospital ou posto de saúde, ou fora deles, como em comunidades, escolas, empresas etc.

Assim, pensar em prevenção em Saúde Mental é ainda um desafio, seja porque muito se tem a fazer, seja porque, ao programar alguma ação, temos que ter o tempo todo em mente a quem estaremos favorecendo.

10 - O AUXILIAR DE ENFERMAGEM E A (SUA PRÓPRIA) SAÚDE MENTAL



Além de todos os conhecimentos próprios da sua área de atuação, o auxiliar de enfermagem precisa estar atento para o seu estado interno, isto é, como vem se sentindo, como anda sua relação com os colegas de trabalho, com os pacientes, seus relacionamentos fora do trabalho, pois quando trabalhamos com Saúde Mental nós mesmos passamos a ser nosso mais importante instrumento de trabalho.

Como é que podemos saber como vamos nós, enquanto “instrumentos de trabalho”? Estando atentos para nós mesmos e para o retorno que outras pessoas nos dão. Estando atentos para a maneira como nos sentimos com cada pessoa, não achando sempre, por exemplo, que se nos sentimos irritados com tal paciente é porque ele é que é difícil ou chato, mas tentar perceber o que se passa conosco. Nesse sentido, as reuniões com a equipe podem ser um bom momento de auto-avaliação, se for criado

o “clima” adequado para isso (com o objetivo voltado para a integração da equipe e para a qualidade do atendimento, e não para a competitividade e comparações improdutivas).

Além disso, podemos perceber em nós mesmos os sinais de que as coisas estão mais ou menos equilibradas ou de que não vão tão bem assim. Todos nós passamos por períodos de sofrimento, algumas vezes conseguindo lidar com eles, outras vezes precisando de ajuda. Nesses momentos, é natural que apareçam sintomas como ansiedade, dores ou doenças orgânicas, falta de ânimo ou outros. Mas se percebemos que se tornam muito prolongados, devemos buscar ajuda – se for o caso, profissional.

Dentre os fatores causadores destes sintomas, encontramos facilmente o estresse. Além de todo o estresse do dia-a-dia, o auxiliar de enfermagem que trabalha com Saúde Mental está sujeito a um fator de estresse adicional, que é o fato de lidar frequentemente com pessoas portadoras de transtorno mental, que além de solicitarem muito de nossas energias ainda “mexem” com coisas mal resolvidas em nossas vidas, pois todos somos humanos e, no contato com o outro, sempre descobrimos muitos pontos em comum.

Talvez algumas “dicas” possam fazer com que você reflita e consiga algumas mudanças que podem reduzir o nível de estresse a que você se expõe. Embora sejam para seu uso pessoal, podem colaborar para o seu desempenho profissional:

- **Procure ser cooperativo** - Perceber que trabalhamos (e vivemos!) junto de outras pessoas e que elas são tão importantes quanto nós, ajuda a estabelecer um clima de cooperação.
- **Ouça as razões do outro e expresse as suas** - Evitar acumular mágoas e mal entendidos diminui em muito a carga de tensão que temos que carregar.
- **Não “empaque” diante dos problemas** - Ao invés de ficar se queixando da vida (ainda que seja só em pensamento), tome uma atitude, mude algo que esteja ao seu alcance. Pode não resolver todo o problema, mas uma mudança sempre nos dá uma nova visão do problema.
- **Reconheça e aceite os seus limites** - Você não pode resolver tudo, sempre. Diante de algo que está fora do seu alcance, aprenda a aguardar. Diante de uma tarefa muito grande, aprenda a dividir e a pedir ajuda.
- **Fale de você, compartilhe seu estresse** - Falar sobre o problema nos ajuda a pensar melhor sobre ele, alivia e acalma. Procure alguém de sua confiança ou um profissional, se você achar que seu problema é muito grave.
- **Cuide de você mesmo** - Reserve um tempo para fazer o que você gosta. Pode ser que nem sempre você consiga fazer tudo o

que gosta, mas sempre poderá descobrir alguma coisa. Faça exercícios físicos (caminhar é grátis e é ótimo), melhore sua alimentação, evite álcool, cigarros, meios inadequados de baixar a ansiedade. Medicamentos psicoativos? Só depois de uma boa avaliação médica.

- **Comemore cada vitória** - Não fique esperando o ideal de sua vida para ser feliz. Procure perceber as pequenas vitórias e alegrar-se com elas. Com isso você se dá pequenas “folgas” no estresse diário.

11- EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Com a abertura das portas dos “manicômios”, a tendência é que a emergência psiquiátrica faça parte da rotina de atendimento em hospital geral. Isto impõe aos profissionais que aí atuam maior sensibilidade em relação à ocorrência de situações que em uma primeira avaliação parecem de origem orgânica, mas que na maioria das vezes são desencadeadas a partir de problemas sociais e mentais.

A discussão sobre como são feitos os atendimentos dos clientes com transtornos mentais nas emergências gerais leva-nos à seguinte reflexão: serão eles resistentes aos transtornos clínicos, como trauma, infarto agudo do miocárdio, cetoacidose diabética e outras disfunções orgânicas que colocam a vida em risco?

Certamente que, estes usuários, quando acometidos por problemas de origem mental, social e/ou clínica, procuram os serviços de emergência específicos ou gerais. A recuperação, conforme a gravidade do caso, depende de três fatores básicos: equipe capacitada, intervenção imediata e acesso à equipamentos/medicamentos que auxiliam na reversão do quadro.

Uma realidade é que, nas emergências gerais, as equipes médica e de enfermagem cuidam com reservas dos clientes com transtornos de comportamento, o que pode ser justificado como decorrência dos anos em que este tipo de paciente era atendido no espaço dos manicômios. O cuidado deles era restrito à área da psiquiatria e as outras especialidades só mantinham contato com os intitulados “loucos” quando estes precisavam de exames mais especializados, como tomografia, ultrassonografia, punção lombar ou até mesmo uma cirurgia.

Este breve contato era cercado por um aparato de segurança, e o medo era visível na face de todos os membros da equipe. A melhor notícia para todos que ali trabalhavam era o retorno de tal paciente à sua unidade de origem: o “hospício”.



Distúrbio neurovegetativo – Distúrbio nervoso de fundo emocional que se caracteriza por agitação, confusão e angústia.

A maioria dos usuários que aparecem nas emergências clínicas apresentam transtornos psiquiátricos que freqüentemente são ignorados pela equipe e/ou rotulados de “piti”, ou em termo técnico, distúrbio neurovegetativo (DNV). Estes são clientes alcoolistas e drogaditos, indivíduos confusos devido a complicações clínicas, pacientes entristecidos com idéias suicidas. Todos apresentam sintomas que precisam de intervenção imediata por parte da equipe de profissionais que trabalham num setor de emergência.

Mesmo com algumas resistências, a idéia de manter a separação das emergências psiquiátricas das emergências clínicas está sendo ultrapassada, tendo em vista os diversos fatos que aconteceram nos espaços das emergências dos hospitais gerais que culminaram em mortes de pacientes psiquiátricos.

Para exemplificar, certa vez uma paciente com transtornos mentais por duas vezes procurou atendimento numa emergência, queixando-se de dor no peito, sendo medicada com analgésico. Logo após, recebeu alta, sendo orientada a manter repouso absoluto em sua casa. No mesmo dia, pela terceira vez, ao ver a senhora, o médico disse: “Já vem esta mulher ‘pitiática’ de novo”. Orientou que instalassem uma solução glicosada e colocou a paciente em uma enfermaria vazia até o “piti” acabar. Não permitiu a companhia da filha.

Mais de uma vez os auxiliares de enfermagem informaram que a paciente continuava queixando-se de dores cada vez mais fortes. O médico continuou não dando importância à queixa da “louca” e foi atender outros pacientes, garantindo que, se a ignorassem, a “dor” iria passar. Sua filha, inconformada com a demora e a falta de informações sobre a mãe, invadiu a enfermaria, encontrando sua mãe morta, vítima de um infarto agudo do miocárdio. Sem credibilidade por ser “louca”, morreu sozinha e sem assistência.

Essa história serve como alerta para refletirmos sobre a dinâmica de avaliar e cuidar adotada nos serviços de emergência, que faz deste setor um lugar da unidade hospitalar cujo princípio básico de atendimento é começar imediatamente a terapêutica dos transtornos que colocam a vida em risco. E, apesar de ser um setor que exige rapidez e eficiência no atendimento, não tem que ser desprovido de sensibilidade.

Mas que transtornos são esses? Os sociais? Os mentais? Os clínicos?

A estas perguntas, nenhum protocolo na área de emergência consegue responder, já que esses três transtornos estão entrelaçados e arti-



Dados subjetivos - Dizem respeito a tudo aquilo que não se pode mensurar, como angústia, palpitação, astenia, dor...

Dados objetivos - São dados observáveis e mensuráveis, tais como: sinais vitais, saturação de oxigênio, sudorese, ansiedade e agitação psicomotora.



Não estamos aqui dizendo que nestes casos deve-se desconsiderar a dispnéia e a taquipnéia. Mas convém alertar que somente as manobras de reanimação previstas nos protocolos nem sempre dão conta da complexidade dos casos desencadeados a partir de disfunções mentais.



Somatizar – Diz respeito aos sintomas que se evidenciam no corpo. Atenção.

Displicência – Descuido, ou mesmo desleixo nas maneiras, no vestir, no proceder; descaso, desmazelo, negligência.

Plantão Médico - Seriado de televisão que reproduz o atendimento agitado de uma grande emergência.

Traqueostomia – É um procedimento de emergência e consiste na abertura cirúrgica da traquéia para facilitar/ permitir a entrada de ar para os pulmões quando o paciente apresenta dificuldade respiratória.

culados. Sendo assim, o diagnóstico precoce depende apenas do poder de observação de cada profissional ao analisar uma determinada situação. Pode-se definir a observação como o ato de perceber, com todos os órgãos do sentido, o mundo que nos rodeia, através do olhar atento (visão), da percepção dos odores (olfato), do escutar além do que foi dito (audição), do relacionar as sensações gustativas com transtornos clínicos e psíquicos (gustação) e da reação ao toque (tato). Mesmo que alguns destes sentidos não sejam usados rotineiramente por nós em nosso trabalho, o importante é que cada profissional desenvolva a sensibilidade como habilidade.

Por isso, uma das fases mais importantes para demonstração da sensibilidade na emergência é a avaliação primária, que deve considerar a singularidade de cada cliente, através da coleta de dados subjetivos, objetivos e da história de doenças pregressas e atuais.

Quando a sensibilidade é deixada para segundo plano, normalmente a equipe se confunde diante de um transtorno mental que simule sinais e sintomas de obstrução de vias aéreas, insuficiência cardiopulmonar, coma e choque, comuns nas síndromes de ansiedade, como no pânico ou na dissociação.

É bom descartar todas as possibilidades de falência nos sistemas orgânicos, sempre pensando na possibilidade dos transtornos mentais que podem somatizar e simular quadros de angústia cardiorrespiratória. Qualquer displicência pode induzir a equipe ao erro de desenvolver procedimentos desnecessários que colocam o cliente em risco de vida.

Isto não é difícil de acontecer nos casos de pacientes com transtornos do pânico, diagnosticado ou não. Chegam às emergências com dor no peito, dificuldade de respirar, palpitação, dispnéia e aperto no peito. Inicialmente, estes dados subjetivos e objetivos levam a equipe a pensar em déficit respiratório com comprometimento do coração, sugerindo oxigenioterapia, monitorização cardíaca e respiratória e possível intubação.

Nestes casos, a equipe deve estar alerta à história clínica do paciente e aos eventos relacionados aos sinais e sintomas apresentados. Sempre que o poder de observação é superficializado e metódico, a equipe pensa em tudo, faz manobras de ressuscitação dignas de um “Plantão Médico”, mas não consegue perceber que o foco desta crise está localizado nos transtornos da mente.

A ausência de uma avaliação correta e de sensibilidade pode acarretar em problemas para a equipe. Certa vez, em um hospital de emergência, a equipe médica, diante de um quadro de dificuldade respiratória, decidiu por uma traqueostomia. Este fato resultou em abertura de inquérito pela família da paciente já que a mesma apresentava a síndrome do pânico e a equipe, ironicamente, entrou em pânico.

Para que essas histórias não façam parte do cotidiano dos nossos locais de trabalho, passaremos a discutir sobre as diversas maneiras de intervir em situações de crise, dando subsídios ao profissional para escolher as mais adequadas perguntas e comportamentos para realizar a avaliação de usuários, que independem da história psíquica apresentada. Apresentaremos, também os principais quadros de emergências psiquiátricas.

11.1 Caracterizando as intervenções diante das crises

Pelos corredores das Unidades de saúde encontramos vários indivíduos que vivenciam uma crise, mesmo quando a apresentação da sintomatologia é de natureza clínica. Qualquer contrariedade pode se transformar em distúrbio nervoso de fundo emocional, trazendo danos para o indivíduo e principalmente para aquelas pessoas que o cercam. Isto nos faz defender que a emergência psiquiátrica deve estar integrada geográfica e funcionalmente à emergência clínica, e vice-versa.

Em qualquer circunstância, o ambiente ideal de atendimento deverá propiciar a segurança necessária para o usuário e a equipe de saúde. Nas salas não devem ter objetos perfurocortantes ou objetos que podem se transformar em armas e serem usados contra o outro no momento da raiva.

Em alguns países economicamente dependentes de outros, como o Brasil, são frequentes os distúrbios mentais que se desencadeiam tendo como “pano de fundo” a pobreza. A distribuição desigual da renda e do acesso ao trabalho, à moradia digna, ao lazer, à segurança, à alimentação, à saúde e à educação contribuem para a desestruturação da mente humana.

Pode-se encontrar, nas emergências clínicas, alcoolistas em abstinência; indivíduos com crise do pânico, buscando avaliação cardiológica; suicídios por superdosagem de medicamentos; vítimas de violência doméstica; e reação de estresse por estar desempregado ou enlutado em decorrência de acidentes ou morte súbita. Enquanto que nas emergências psiquiátricas são comuns as situações de psicoses, agitação por drogas, indivíduos com descompensação de quadros esquizofrênicos e maníacos.

A crise não escolhe umas pessoas e poupa outras; é universal. Acomete ricos, pobres, negros, brancos, profissionais bem-sucedidos, chefes de família e parlamentares, como também indivíduos que por quaisquer causas estejam fragilizados nas relações com o mundo.

Nem a equipe de profissionais de saúde escapa do risco de desenvolver algum transtorno mental. Quantas vezes notamos que nossos



Essência - O que constitui a natureza íntima das coisas, o seu modo de ser, ou seja, a própria existência.

colegas de trabalho estão vivenciando momentos de angústia em família, estão ingerindo medicamentos exageradamente e até estão se tornando alcoólicos “sociais”? Na verdade, todos nós podemos, de uma hora para outra, entrar em crise, pois vivemos no mesmo mundo e estamos suscetíveis às mazelas da modernidade.

Durante o período de uma crise, o indivíduo tem a oportunidade de desenvolver mecanismos que o ajude a controlar suas ações e reações ou passar por ela com uma total desorganização da compreensão de sua essência. Ele pode tornar-se mais vulnerável e psicologicamente instável, ou pode retomar sua vida normal, tendo o controle da sua natureza. A compreensão e delimitação da fase que o cliente está vivenciando requer que a intervenção seja precisa, coordenada e em tempo adequado de restaurar os mecanismos de defesa do indivíduo.

Mas quem são os indivíduos mais vulneráveis à crise?

Geralmente são: desempregados, subempregados ou não satisfeitos com sua ocupação; usuários de drogas lícitas e ilícitas; indivíduos que não conseguem lidar com seus próprios problemas, com baixa estima que alimentam excessivamente os sentimentos de insegurança; pessoas com história de crises mal resolvidas; indivíduos que subutilizam os recursos de apoio social ou não acessam o sistema de apoio, como família, amigos, igreja; pessoas que cultivam o sentimento de isolamento ou são impulsivas em excesso.

A suscetibilidade à crise normalmente é precipitada a partir de eventos que popularmente as pessoas dizem ser a “gota d’água” – como a morte de um ente querido, mudança de status, casamento, separação, gravidez especialmente fora do casamento ou indesejada, doença física, perda de emprego, mudança nas condições de trabalho, aposentadoria, climatério, violência sexual, desastres naturais (enchentes, quedas de barreiras).

Após contornada a crise, pensar no retorno deste indivíduo ao meio social deverá ser a principal meta dos profissionais de saúde. A intervenção a ser adotada é o diálogo direto, ativo, dirigido para os sintomas e para o real acontecimento. Auxiliar o indivíduo a retornar sua vida normal depois da crise é garantir sua permanência com o mesmo grau de importância nos espaços antes ocupados por ele, ou seja, no trabalho, na escola, na família e na comunidade.

Para tal, as pessoas da equipe responsáveis em fazer a primeira abordagem, de forma geral devem ter capacidade de escutar e ser desprovidas de preconceitos para melhor conhecer o mundo de inserção deste indivíduo. Pode-se sugerir um modelo básico de seis etapas a ser utilizado para intervenção em crise:

- Explorar e definir o problema com base na perspectiva do paciente, prestando atenção nas mensagens não-verbais - Nem tudo o que o indivíduo fala é o que sente. Os gestos, o olhar, o corpo

podem indicar emoções que nem sempre são expressas em palavras. Um paciente pode pedir a você que o deixe sozinho enquanto chora e segura firmemente sua mão.

- Demonstrar de modo verbal e não-verbal que você se importa com ele - O olhar, o tom de voz, a expressão são itens indispensáveis para que o paciente confie no profissional de saúde.
- Providenciar segurança ao paciente, avaliando o grau de risco para a segurança física e psicológica do mesmo e de terceiros. Não se trata de fazer ameaças, mas sim de alertar o paciente das conseqüências de atitudes impensadas, dialogando sobre alternativas para comportamentos destrutivos impulsivos.
- Auxiliá-lo a buscar alternativas de escolhas disponíveis, facilitando a busca por apoio situacional (família e amigos), mecanismos de defesa/adaptação e padrões construtivos de pensamento.
- Construir junto com o paciente planos realistas de curto prazo que identifiquem recursos disponíveis e mecanismos de adaptação bem definidos. Isso só pode se efetuar através do hábito de ouvir e conversar com o paciente. Mas é muito importante que o profissional não se veja como um conselheiro e resolva decidir as questões da vida do indivíduo.
- Obtenha do cliente o compromisso de seguir os passos necessários, possíveis e aceitáveis para correção do problema.

Tentativas de auto-extermínio são crises. A conduta inicial é avaliar se o cliente apresenta risco de tentar novamente o suicídio. Em geral, quanto mais agressivos, mais distantes da ideação suicida estarão. A equipe de saúde deve ter consciência desta agressividade para abordar, se possível, a questão com o cliente, trazendo-o para a realidade.

O risco de suicídio está relacionado com o seguinte perfil: idade acima de 45 anos; sexo masculino; não casado; desempregado; instabilidade nas relações interpessoais; tentativas anteriores de suicídios; casos de suicídio em família (principalmente dos pais); ser portador de doença crônica ou dor crônica; história de depressão; psicose; abuso de substâncias; distúrbios de personalidade; pouco acesso a tratamento por razões sociais; idéias suicidas intensas, freqüentes; prolongado desejo de morte e auto-punição; e isolamento social.

De uma forma geral, o cuidado de um indivíduo em situações de crise tem como objetivo o resgate dele como dono de sua vida, responsável pelo seu rumo, tendo em vista as opções oferecidas pela realidade. O difícil é auxiliar o paciente a perceber que o controle das opções em sua vida depende, entre outras coisas, da sua vontade em superar a crise.



Dizer ao paciente que, se não se comportar, será contido, não é alertá-lo para riscos, pois a contenção deve ser sempre vista como um recurso para evitar que o paciente se exponha a riscos.



Ideação suicida – É o pensamento ou idéia de morte.

11.2. Avaliação Primária na Emergência Psiquiátrica

Junto com o tratamento de emergência que segue as normas de preservação das funções vitais do homem, é útil realizar uma avaliação padronizada e inicial do estado psíquico de cada cliente.

A enfermagem deve estar preparada para dar início a esta avaliação, já que é responsável, em casos de agitação psicomotora, por técnicas de contenção, sejam medicamentosas ou físicas, nas quais o contato físico é inevitável. Além disso, geralmente é este grupo que circula com o paciente nas dependências da unidade hospitalar, quando este submete-se a exames complementares.

Geralmente os pacientes agitados portadores de transtornos mentais são excessivamente sedados, e podem necessitar emergencialmente de proteção de vias aéreas por conta dos riscos de depressão respiratória. Por outro lado, quando recebem medicações psicoativas, a despeito de terem se alimentado, correm o risco de broncoaspirar, se não forem colocados em decúbito dorsal ou com a cabeceira elevada e a cabeça lateralizada. Outra preocupação é com os sinais vitais, pois alguns psicofármacos podem ocasionar diminuição da pressão arterial. Essas precauções de segurança, fruto da avaliação primária, evitam agravos e complicações administrativas.

A avaliação primária realizada pela equipe de enfermagem nas emergências psiquiátricas deve ter como base questionamentos e observações que sirvam como instrumentos do cuidar, considerando os seguintes aspectos:

- **Aparência** - O paciente está extremamente limpo, sujo, agitado, calado? Olha nos olhos das pessoas que conversam com ele? A atividade psicomotora está aumentada, diminuída ou assume posturas bizarras. Está cheirando a álcool ou tem as pupilas dilatadas (midríase) por uso de cocaína ou anfetaminas? Interage com aqueles que lhe trouxeram à emergência ou recusa a presença destas pessoas?
- **Consciência** - Está confuso e/ou sonolento? Compreende o que está se passando ao redor? Apresenta distúrbios neuropsicológicos como linguagem, memória e atenção prejudicadas? Conhece as pessoas que lhe trouxeram?
- **Pensamento** - Pensa e fala muito rápido, como em quadros de mania, ansiedade, intoxicações? Está com pensamento lento, como em depressão? É estranho e incompreensível, como em psicoses? Vê vultos, insetos nas paredes, como no caso de Delirium tremens? Escuta vozes, como na esquizofrenia? Pensa que alguém quer lhe tirar a vida ou quer lhe prejudicar, como nas paranóias?



Posturas bizarras – São posturas extravagantes, estranhas, esquisitas.

- **Humor e afetividade** - Está profundamente triste, eufórico ou normal? De repente se irrita com qualquer coisa? Apresenta idéias suicidas ou homicidas? Mostra-se indiferente afetivamente?
- **Julgamento e crítica** - Demonstra bom senso em suas idéias? Entende os procedimentos que estão sendo realizados pela equipe de saúde? Admite ter um problema psiquiátrico ou culpa outra pessoa por suas dificuldades? Percebe que está doente?

Depois desta avaliação, a equipe de enfermagem estará mais segura para administrar os medicamentos orais/parenterais e monitorar as reações adversas. Além disso, o diálogo com o paciente é sempre o melhor meio para estabelecer uma relação de confiança, mesmo quando este necessitar de contenção e restrição no leito.

11.3. Classificando as Emergência Psiquiátricas

Em geral, as síndromes ou sintomas psiquiátricos mais frequentes encontrados na prática das emergências podem ser classificados como agitação e/ou agressividade; depressão e tentativa de suicídio; ansiedade; conflitos interpessoais; abuso de substâncias.

11.3.1 Agitação e/ou agressividade

Alguns pacientes chegam neste setor **agudamente agitados**, com risco iminente para si e para outros. Geralmente, precisam ser fisicamente restritos, mas a equipe deve sempre optar por uma abordagem menos restritiva e mais humana.

Entre a restrição medicamentosa e a mecânica, a primeira sempre será a mais coerente. Entretanto, em alguns casos, quando o comportamento violento é secundário em relação a doenças clínicas como hipoglicemia e traumatismo craniano, a escolha por medicamentos pode dificultar a avaliação real da evolução do quadro neurológico inicial.

Em alguns casos, o cliente pode estar agitado mas não violento. Entretanto, quando agitado, precisa de observação constante e isolamento, sempre acompanhado por membros da equipe, até que o tratamento emergencial se complete. A contenção mecânica é inevitável para evitar quedas que gerem traumatismos e fraturas.

O conhecimento de fatores de risco do comportamento agressivo tem sido de grande validade no momento da avaliação primária. Por isso, clientes com história de agressão e impulsividade, labilidade emocional, baixa tolerância a frustração, história de delinquência, idéias



Labilidade emocional – É um humor instável. O paciente ora está alegre, ora triste, ora furioso, e assim por diante.

delirantes de perseguição, alucinações auditivas de comando (vozes que o ordenam a fazer coisas) e comportamento agressivo recente são fortes candidatos à agitação acompanhada de agressividade.

O que pode ser um alerta na identificação deste paciente é a postura. Geralmente ele se mantém inclinado para a frente, em estado de vigilância constante; fala alto ou grita; faz comentários pejorativos e sua expressão facial é tensa, com os olhos arregalados. O excesso de tensão pode ser percebido através da rigidez da musculatura corporal. A exigência da perfeição e a atividade motora visível de irritabilidade são suas marcas registradas.

Diante deste paciente, a equipe de enfermagem deve manter-se calma, porém com atitudes firmes, demonstrando que o domínio daquele espaço não é apenas dele. Isto estabelece limites. A fala deve ser calma e suave, e não provocativa. Os movimentos devem ser lentos, evitando tocar o paciente, pois a aproximação brusca e a fixação do olhar em direção a ele podem ser consideradas como ameaças, resultando em agressão física aos membros da equipe.

Nestes casos, a equipe que o assiste deve dispor-se na sala sempre mais próxima da porta do que do paciente, evitando também que no recinto haja objetos que possam se transformar em armas, como cinzeiros, suportes de solução móveis e luminárias. Outra precaução é a presença de pessoas na equipe que dominem as técnicas de contenção, para utilizá-las de imediato. É bom lembrar que esta ação não deve ter a intenção de punição, e sim de cuidado.

Ao ser contido fisicamente, o cliente não deve ser abandonado à sua própria sorte, pois este procedimento dá uma sensação de retaliação, tornando-o mais agressivo ainda. Tal exacerbação da agressividade gera movimentos que podem, nos casos de contenção no tronco, interferir na respiração, dificultando a expansão pulmonar e, em consequência, diminuir os níveis de oxigênio, cujo desdobramento é o quadro de insuficiência respiratória. Em casos de imobilização dos quatro membros, o garroteamento dos vasos periféricos, diminuindo o fluxo sanguíneo, de acordo com o tempo pode levar a necrose e futura amputação.

Os cuidados de enfermagem mais prementes que devem ser adotados são o controle freqüente dos sinais vitais e pulsos arteriais dos quatro membros. A manutenção de decúbito dorsal ou com a cabeça elevada e a cabeça lateralizada são indispensáveis para evitar a broncoaspiração, pois, em algumas síndromes, náuseas e vômitos são freqüentes. A estimulação da ingesta hídrica e a monitorização da hidratação venosa servem para evitar quadros de desidratação.

Para o tratamento químico, os medicamentos mais utilizados são os antipsicóticos. Sua vantagem está em não exercer efeitos consideráveis nos valores da pressão arterial e no ritmo cardíaco, assim como não predispõe o paciente a convulsões. O mais importante é que permite o controle da agitação em pouco tempo.



Retaliação – É uma represália, vingança, desforra.

Exacerbação – É o agravamento do distúrbio, da irritação, da aflição.



Paradoxal – É tudo aquilo que é anormal para o que você deseja, contrário. Neste caso, são efeitos não esperados para o medicamento.

A combinação de antipsicóticos com benzodiazepínicos tem sido uma alternativa para diminuir a dosagem do primeiro. Os benzodiazepínicos podem causar excitações paradoxais em determinados pacientes, mas o seu uso para o tratamento de agitação vem atendendo ao propósito da terapia.

Após o atendimento emergencial, este paciente pode ter dois destinos: a internação ou a alta com agenda para tratamento ambulatorial. Isto irá depender, se de fato não corre o risco de se auto punir ou de tentar o suicídio. Nas duas alternativas de encaminhamento pós-crise, é imprescindível que paciente e familiares tenham as informações devidas para evitar complicações futuras.

11.3.2 - Depressão e tentativa de suicídio

O paciente levado à emergência com pensamento suicida ou após tentativa de suicídio exige da equipe de saúde determinação e poder de decisão. Dados colhidos nas emergências de todo o Brasil constataam que grande parcela dos indivíduos que se suicidaram tiveram contato com profissionais de saúde nos seis meses que antecederam ao ato. Todos buscaram apoio no sistema de saúde.

A maioria ingeriu grande quantidade de medicamentos prescritos pelo próprio médico, ou outros medicamentos de venda livre que causam danos e seqüelas graves, como Ácido acetilsalicílico^R e Acetaminofem^R.

Inofensivo, o Acetaminofem^R, quando combinado com bebida alcóolica, pode resultar em insuficiência hepática. Portanto, quando se avalia o tipo de medicamento, deve-se levar em consideração os medicamentos prescritos e os demais produtos tóxicos disponíveis na casa do paciente.

Por exemplo: Um profissional da área de saúde foi hospitalizado com intoxicação exógena pela tentativa de auto-extermínio através da ingestão de mais ou menos 280 comprimidos de barbitúrico batidos no liquidificador com leite. O mais importante é que, antes de tomar a “vitamina de barbitúricos”, ele mesmo avisou que iria executar o ato para sua namorada, ou seja, pediu socorro.

No comportamento suicida, estão envolvidos o desejo de ajuda, o desejo de morrer e a agressividade subjacente. Autores relatam que as mulheres, por serem mais emotivas e apaixonadas, apresentam maior predisposição em tentar o suicídio. Mas são os homens que, ao tomarem esta decisão, tornam esse evento letal e escolhem métodos mais agressivos, como armas de fogo. Os suicidas mais radicais ateam fogo no próprio corpo.

Na tentativa de suicídio apelativa, o paciente garante a existência de socorro antes de consumir o ato, fica contente por ter sobrevivido.



Hemodiálise - Processo de remoção dos produtos metabólicos de refugo, líquidos do sangue e substâncias químicas em excesso. A máquina responsável por este processo é chamada de rim artificial.

Hemoperfusão - Passagem de sangue por um material absorvente para remover uma substância tóxica. Frequentemente é usado o carvão ativo, devido às características absorventes que possui.

do, resolve parcialmente conflitos precipitantes, retoma a atenção de familiares (que ficam preocupados com ele) e não expressa planos futuros de suicídio.

Na emergência para retirá-los do risco de vida, é utilizado outra substância que inativa o efeito da substância escolhida, lavagem gástrica, hemoperfusão e/ou hemodiálise. Passada esta fase, são utilizados medicamentos antidepressivos. O melhor efeito terapêutico é obtido pelo uso combinado de antidepressivos e psicoterapia.

Independente de ter tentado o suicídio, todo paciente que se apresenta com depressão na emergência precisa ser informado de que esta tristeza profunda é uma doença, e que existe tratamento eficaz à disposição, sob o ponto de vista biológico e psicológico.

11.3.3 - Ansiedade

A ansiedade faz parte do cotidiano de cada cidadão. Quando prestamos um concurso, quando esperamos o resultado de um exame médico, ou mesmo quando passamos por situações de violência, nosso coração dispara por medo ou ao pensar na possibilidade de não alcançar os resultados esperados. Na verdade, é um sentimento indispensável para a sobrevivência e o desenvolvimento do homem, mas em diversas condições a ansiedade se manifesta de maneira patológica.

Os transtornos de ansiedade relevantes para a emergência são: ataques de pânico e agorafobia, ansiedade generalizada e transtorno de ajustamento com ansiedade, quadros conversivos, somatizações, quadros dissociativos e estresse pós-traumático.

Os transtornos do pânico são quadros de início súbito, com ansiedade intensa, sensação de morte iminente, acompanhados por palpitações, desconforto precordial, vertigem, parestesia, tremores e sudorese. Esses sintomas levam o cliente e a família a procurar imediatamente os serviços de emergência em função da sensação de morte iminente.

A fobia é tanta que estes pacientes se desesperam quando estão em algum lugar que não lhes garanta assistência imediata disponível. Por isso, é importante que a equipe de saúde, depois de descartada qualquer falência física, reassegure que ele não vai morrer deste ataque.

O diálogo e a administração de antidepressivos ou benzodiazepínicos e ácido valpróico são os primeiros passos terapêuticos, além do acompanhamento da função cardiovascular através de monitorização cardíaca e dos sinais vitais.

Já na **ansiedade generalizada** o paciente apresenta-se inquieto, com dores musculares, tensão e vertigem. Esse quadro é caracterizado naqueles clientes que se levantam a toda hora, não podem esperar a sua vez e solicitam a presença do médico a cada instante.

Nas emergências, estas características são encontradas não somente nos pacientes, mas principalmente em seus familiares. A terapêutica medicamentosa de escolha é o benzodiazepínico e um sistema que mantenha-os informados sobre seu estado clínico, o que deve ser estendido à família. Essa gentileza por parte da equipe diminuirá o grau de ansiedade de cliente/família.

Os **quadros conversivos** são freqüentes nas emergências gerais e costumam irritar os médicos e profissionais de enfermagem. Nesse quadro, o paciente mostra uma queixa ou sintoma localizado, não voluntário, que não tem justificativa fisiopatológica ou anatômica, não podendo ser explicado por doença física. Essas pessoas são tão presentes nas emergências que acabam tornando-se íntimas da equipe, que normalmente não percebe que essa é a forma encontrada por elas para comunicarem que precisam de ajuda.

A abordagem inicial nas emergências deste caso deve ser o auxílio ao paciente para que exponha seu sofrimento verbalmente, além de mantê-lo em local calmo, longe dos acompanhantes e perto da enfermagem. Ao entrevistar os acompanhantes e/ou familiares, deve-se pesquisar os fatores desencadeantes deste quadro.

Encontramos também, nos corredores das emergências, pessoas que apresentam queixas vagas, com múltiplos sintomas, exigindo procedimentos e exames. Em geral, já fizeram uma via crucis nos serviços de saúde da região onde residem e trazem consigo exames e medicamentos antigos. As queixas geralmente são: dificuldade para deglutir, dores abdominais, fraqueza, tonturas, dentre outras – todos sintomas característicos de somatização.

Tal qual a ansiedade generalizada, na emergência esses sintomas significam que este paciente tem problemas e que esta foi a melhor forma de expressá-los. Apesar de existirem tratamentos para a síndrome de fadiga crônica, o melhor é convencê-lo que ele precisa da ajuda de um especialista.

Como este paciente está sempre retornando à sala de espera dos hospitais, a evolução deste quadro é a auto-mutilação. Ele se auto inflige lesões ou relata sintomas para obter internação. Nesta fase, o que diferencia da simulação inicial é a compulsão para produzir os sintomas.

Uma outra situação são os pacientes que passaram por experiência de estupro, assaltos, seqüestros e foram vítimas de violência urbana. Estes devem ser avaliados nas emergências para o diagnóstico de transtorno de **estresse pós-traumático**, o qual freqüentemente é acompanhado de **quadros dissociativos** que são caracterizados por uma dissociação da consciência, de origem psíquica.

Eles podem apresentar fenômenos amnésicos, estranhamento de si (despersonalização) e do mundo que os rodeia (desrealização). Para tratar desses pacientes no pronto socorro, é importante que haja um

lugar tranqüilo para mantê-los em observação. Se estiverem apresentando agitação psicomotora, a medicação de escolha são os benzodiazepínicos ou os antipsicóticos.

Faz-se necessário que a equipe da emergência, de uma forma geral, saiba distinguir o quadro dissociativo do tipo personalidade múltipla da amnésia global transitória. Esta última é caracterizada por episódios de perda de memória de curto e longo prazos, provavelmente conseqüente a distúrbios transitórios nos lobos temporais.

Os pacientes suscetíveis são geralmente de meia-idade e incapazes de se recordar de dados pessoais, como nome, idade, endereço. Nestes casos, retê-los na emergência ou interná-los é uma medida de segurança para evitar que fiquem perambulando na cidade sob risco de maus cuidados pessoais e de se tornarem vítimas de violência ou acidentes.

11.3.4 - Conflitos interpessoais

Esses tipos de pacientes não suportam o abandono mesmo quando este é imaginário e tendem a misturar sua identidade com as das pessoas ao redor. Geralmente chegam nas emergências após superdosagem de medicamentos, auto-mutilações e vitimização repetida. Eles percebem o mundo sempre com a confrontação de duas idéias, o bem/o mal, certo/errado; e desenvolvem rápidas reações de raiva quando se sentem desconsiderados. As superdosagens e as mutilações não visam o suicídio, mas servem para dispersar o vazio interno e a sensação de plenitude com eles próprios.

Esses pacientes resolvem mal os seus problemas, sendo que uma das metas da intervenção na emergência, depois de socorrer os transtornos físicos, é auxiliá-los através do diálogo a encarar os obstáculos realisticamente e utilizar mecanismos construtivos, sem fantasias, para enfrentá-los.

11.3.5 - Abuso de substâncias

O uso indiscriminado de substâncias como álcool, anfetaminas, estimulantes, sedativos, inalantes como colas, tintas, removedores e gasolina, tem levado muitas pessoas a serem atendidas nas emergências. Além dos quadros crônicos, ocorrem freqüentemente quadros agudos secundários ao uso destas substâncias, como acidentes automobilísticos. As mais importantes, sem dúvida, são as relacionadas ao uso de álcool, tendo em vista que o indivíduo começa a consumir esta droga na adolescência, chegando à vida adulta com uma sensação de plenitude sempre quando o assunto é a disputa de quem consegue beber mais. Daí para o alcoolismo é um passo.



Vitimização – É quando a pessoa é vítima de violências. Neste caso, a pessoa se expõe a violências com freqüência.

A intoxicação pelo álcool envolve vários estágios de alteração do comportamento, mas frequentemente ocorre prejuízo do julgamento, diminuição da atenção, respostas emocionais inapropriadas, labilidade afetiva e desinibição de comportamentos agressivos.

As intervenções, nestes casos de intoxicação alcoólica, são:

- Exclusão de complicações clínicas graves, como insuficiência hepática, hematoma subdural, sangramento digestivo e Síndrome de Wernicke.
- Tratamento da agitação e/ou violência com antipsicótico.
- Restrição física, se necessário.
- Em casos de diminuição do nível de consciência, é preconizada administração de glicose endovenosa.
- A mensuração do teor de álcool no organismo, é extremamente importante. Na falta deste exame pode ser utilizado um aparelho (bafômetro) que mede o nível do álcool no organismo através de uma baforada ou sopro.
- Observação e monitoração da febre, hipotensão ou hipertensão.

Em relação aos níveis sanguíneos e sinais de intoxicação alcoólica, podemos utilizar a seguinte tabela:

Níveis Sanguíneos	Sinais de Intoxicação Alcoólica
30 mg/dl	Euforia em indivíduos sem tolerância prévia.
50 mg/dl	Efeitos depressores no SNC mais proeminentes: prejuízo cognitivo, dificuldades motoras.
60 mg/dl	Limite para condução de veículo estabelecido pelo Código de Trânsito brasileiro (1997) - Art. 297.
80-100 mg/dl	Limite legal para intoxicação nos EUA.
200 mg/dl	Náuseas e vômitos, acentuação da ataxia, diplopia.
300 mg/dl	Hipotermia, disartria, amnésia, estágio 1 de anestesia.
400-700 mg/dl	Coma, falência respiratória, morte.

As pessoas que estão acostumadas a fazer uso de doses diárias de álcool, quando são levadas a parar ou reduzir a ingestão desta bebida, em questão de horas ou dias, desenvolvem a síndrome de abstinência, quadro que pode levar à morte.

Nesta síndrome, o paciente fica ansioso, irritado, com sensação de desconforto, falta de sono e dificuldade de ficar parado em um mesmo lugar. Na parte física, libera adrenalina, resultando em sudorese, taquicardia, tremores, náuseas e vômitos. A progressão leva a crises



A Síndrome de Wernicke se caracteriza por um quadro neurológico em que se observa confusão mental, ataxia (deficiência de controle e coordenação dos músculos voluntários) e oftalmoplegia (paralisia parcial ou total da musculatura do olho).



Diplopia - Visão dupla; percepção de duas imagens.

Disartria - Dificuldade na articulação das palavras

convulsivas, rebaixamento do nível de consciência com agitação psicomotora e desorientação evoluindo para alucinações visuais ou táteis em forma de insetos na parede ou na pele. A este conjunto de sintomas é que se dá o diagnóstico de *Delirium tremens*.

O tratamento desta síndrome depende da história anterior. Pacientes com história de crises convulsivas devem ser tratados com um anticonvulsivante, como a Fenitoína^R. Algumas dessas crises podem ser prevenidas pela reposição de magnésio juntamente com os fluidos endovenosos administrados durante oito horas.

Em casos de agitação e/ou violência, a restrição medicamentosa e mecânica faz-se necessária. Além disso, a equipe de enfermagem deve dar ênfase à hidratação, a tiamina para melhorar os sintomas neurológicos e manter próximo do leito a cânula de Guedel, para, em casos de convulsões, proteger de trauma a mucosa oral.

O uso de estimulantes como cocaína, anfetaminas e fenciclidina é mais freqüente entre os jovens e desenvolve uma série de complicações clínicas e psiquiátricas. Independente da potência de cada substância, as pessoas que as usam buscam um “grande barato”, ou seja, buscam uma viagem expressa em forma de alucinação.

Quando chegam às emergências, apresentam hipervigilância, aumento da ansiedade, midríase e complicações clínicas graves, como convulsões, infarto do miocárdio, arritmias e acidente vascular cerebral. O tratamento deve ser conduzido como o da ansiedade, com benzotiazídicos. A agitação psicomotora e os quadros de delírios paranóides requerem uso de antipsicóticos. Lógico que as falências neurológicas e cardiovasculares devem ser tratadas em primeiro lugar, evitando a morte súbita.

Aquelas pessoas que usam barbitúricos, como benzodiazepínicos, indiscriminadamente, correm risco de quadros de abstinência grave, semelhantes à do álcool, quando decidem não mais utilizá-los. Essas medicações por vezes são freqüentemente prescritas pelos profissionais médicos sem orientação apropriada quanto a seus riscos de dependência e abstinência.

A redução desta medicação deve ser realizada através de um plano terapêutico que interaja benzodiazepínicos de curta e longa duração.

Sempre que um paciente chega confuso nas emergências, é bom desconfiar de ingestão de substâncias sedativas. Além dos procedimentos usuais, como lavagem gástrica, a equipe pode utilizar substâncias antagonistas. Como exemplo, podemos citar o Naloxone^R EV para reverter sobredosagem de heroína, e o Flumazenil^R para reverter superdosagem por uso de benzodiazepínicos. Embora as prescrições medicamentosas sejam feitas pela equipe médica, a previsão da demanda medicamentosa é uma importante atribuição da enfermagem para a eficiência no atendimento.

Em casos de abstinências a opiáceos como a heroína, o desconforto é maior do que os riscos da letalidade apresentada na abstinência do álcool. O usuário desta droga, ao parar de usá-la, sente náuseas, vômito, diarreia, dores musculares, piloereção (arrepio), rinorréia (coriza) ou lacrimejamento e mal-estar generalizado. A melhor opção terapêutica é o uso de Clonidina^R, cujo principal problema é a queda da pressão arterial, fato que exige o controle rigoroso dos sinais vitais.

Outras substâncias, como maconha e inalantes, levam vários jovens aos serviços de emergência, principalmente nas madrugadas de sexta-feira e sábado, quando as festas estão em seu auge. O uso de maconha pode desencadear quadros de ansiedade, e o uso de maconha de excelente qualidade, sem mistura, pode desencadear um quadro psicótico.

Por outro lado, inalantes como colas, tintas, removedores e gasolina são solventes, ou seja, são substâncias capazes de dissolver gordura. Como grande parte do cérebro é formado da gordura mielina, o uso crônico destas substâncias pode, paulatinamente, ocasionar sérias consequências neurológicas. O tratamento, nestes casos, é voltado para os sintomas apresentados, impondo à equipe maior poder de observação para retirá-lo da crise.

Percebe-se que os limites entre os transtornos psiquiátricos e clínicos são de difícil delimitação. Na verdade, a grande maioria dos quadros atendidos nas emergências são manifestações agudas de problemas crônicos. Diante desta realidade, o sucesso do atendimento depende da abordagem sistemática realizada por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar sensível, atuando simultaneamente e consciente da sua função no processo de preservação imediata da vida.

“O espírito humano é mais forte que qualquer droga!
É isso que precisa ser alimentado,
com trabalho, lazer, amizade e família.
É isso que é importante...
E foi disso que nós esquecemos...
das coisas mais simples...”

(Extraído do filme *Tempo de Despertar*).

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo (Coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BOFF, L. *Saber cuidar - ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. *Lei nº 10.216* de 06.04.2001. DOU. de 09 de abril de 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde, *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*, Brasília. DF, 1994.
- CIANCIARUELLO, T. I. *Instrumentos básicos do cuidar - um desafio para a qualidade de assistência*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- COLUMBIA PICTURES, *Tempo de despertar*. Direção de Penny Marshall. EUA, 1990.
- DUCAN, H. A. *Dicionário Andrei para enfermeiros e outros profissionais de saúde*. 2. ed. São Paulo: Andrei Editora Ltda, 1995.
- ESPINOSA, Ana Maria Fernández. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1998.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 2. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues, MOTTA Thelma da, WANG, Yuan-Pang, ELKIS, Hélio. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- LOUZÃ NETO, Mário Rodriguez, ELKIS, Hélio. *Esquizofrenia: abordagem atual*. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS/ NOAS-01, Brasília, 2001.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *A arte de envelhecer*. Rockville: EUA, 1990.
- _____. *Como lidar com o stress*. Rockville: EUA, 1991.
- _____. *Uma conversa franca sobre depressão*. Rockville: EUA, 1991.

- _____. *Equizofrenia: perguntas e respostas*.
Rockville, EUA:, 1991.
- _____. *Você não está só*. Rockville: EUA, 1991.
- _____. *Distúrbio do pânico*. Rockville: EUA, 1992.
- _____. *Se você tem mais de 65 anos e está deprimido*.
Rockville, EUA:, 1992.
- NICÁRIO, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990.
- NEGRO, P. J. *Atualização em neuropsiquiatria: emergências psiquiátricas*. São Paulo: Lemos Editora & Gráficos, 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- PADRÃO, M.L. O estatuto do Doente Mental. *Rev. Saúde em Debate*, Brasília. DF, nº 37, dezembro/1992.
- Parecer nº 43, de 1999, Redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991 (nº 3.657, de 1989, na casa de origem).
- PITTA, Ana. *Reabilitação psico-social* – São Paulo: HUCITEC, 1996
- RAPAPORT, Clara Regina. *Psicologia do desenvolvimento* - São Paulo: EPU, 1981.
- ZANINI, Antonio Carlos e OGA, Seizi. *Farmacologia aplicada* 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1985.

ANEXO I

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde

aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO II

UM PASSO A FRENTE

A “Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental” representa uma importante conquista dos doentes mentais em nosso país. Ela nos faz confiar numa perspectiva de mudança ao mesmo tempo em que revela, em cada um dos seus princípios, um pouco da história de dor e exclusão que tem marcado a vida da maioria dessas pessoas em nossa sociedade.

Ela é o resultado de muitas lutas: dos familiares, de organizações comprometidas com os direitos humanos e de todos aqueles que se perfilam na luta por um mundo mais justo e mais igualitário. Com ela, dá-se um passo à frente em termos de reconhecimento desses direitos e lança-se mais uma pá de terra sobre essa instituição medieval chamado “manicômio”, que foi e, infelizmente, ainda é o cenário onde se utilizam métodos bárbaros e desumanos para o tratamento dos doentes mentais.

A assistência em saúde mental, por incrível que possa parecer, levou um bom tempo para começar a incorporar a idéia de que os seus usuários são cidadãos. Ainda não foram varridos da face da terra alguns instrumentos e métodos “terapêuticos”, como a camisa de força e as superdosagens de medicamentos, que, na verdade, são testemunhos de uma postura discriminatória em relação a homens e mulheres titulares de direitos civis, políticos e humanos.

Há ainda muito o que fazer. Para que possamos oferecer aos doentes mentais um tratamento mais digno, temos que abrir várias frentes de luta. É preciso atuar junto às famílias, junto aos legisladores, junto aos poderes constituídos; sobre tudo é preciso trabalhar no sentido de promover uma grande mudança cultural que permita ao conjunto da nossa sociedade exercer pressão sobre aqueles que têm o poder de realizar efetivas mudanças. A “carta de Direitos” é um valioso documento que sintetiza os principais aspectos dessa luta, por isso ela merece a sua cuidadosa leitura e atenção.

MANIFESTO DO III ENCONTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Somos radicalmente contra os manicômios e a cultura manicomial. Comprendemos como “cultura manicomial” aquela mentalidade e atitude institucional que reúne, num espaço físico com ca-

racterística de prisão, um grande número de pacientes que são enclausurados, segregados e permanecem sem direitos e liberdades fundamentais, como o direito de ir e vir e o direito de inserção social. Pessoas excluídas da sociedade através de um ritual e um processo de morbificação que as torna crônicas (irreversivelmente e sem motivos para querer viver em sociedade) e as transforma em objeto de lucro e manipulação. Exigimos ser sujeitos sociais, autores de nosso próprio destino com identidade definida, psicológica, social, econômica, cultural e politicamente.

O tratamento manicomial não é tratamento, é tortura. Ele degrada e avilta o paciente, a família e os técnicos.

ABAIXO O MANICÔMIO!

Que vivam a vida, a justiça e o nosso maior patrimônio, que é uma liberdade consciente e responsável, ciente dos seus direitos e deveres. Só assim os usuários poderão se tornar verdadeiros cidadãos, vivendo seu enorme potencial para criar, amar e produzir.

CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

I – DIREITOS GERAIS NA SOCIEDADE

- *A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em suas dimensões psicológica, existencial, social e política;*
- *A assistência à saúde mental é um direito de todo cidadão, independente de sua situação social, familiar e racial e essa assistência não poderá, em hipótese alguma, justificar a violação a quaisquer direitos de cidadania;*
- *Todo usuário tem direito à liberdade, à dignidade e a ser tratado e ouvido como pessoa humana, com direitos civis, políticos e sociais como qualquer cidadão;*
- *Não haverá discriminação ou preconceito em relação ao usuário de serviços de saúde mental, inclusive no mercado de trabalho e em seus direitos trabalhistas e instituições sociais em geral;*
- *Todo usuário tem direito de expressão, de ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade;*
- *Nenhum usuário pode ser submetido a exploração econômica, sexual, abuso físico e moral, ou comportamento degradante.*

OBSERVAÇÃO:

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como a expressão “técnicos” para designar situações específicas. Na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais e integrais, acima das condições apenas circunstâncias e da comunidade dos serviços de saúde mental. Queremos ser autores do nosso próprio destino. Desejamos a verdadeira integração na sociedade, com os chamados normais. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam umas às outras de usuários, mas de companheiros, participantes e amigos.

II- CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E SERVIÇOS COMPLEMENTARES

- *A assistência em saúde mental abrange não só a assistência psiquiátrica, mas também assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho, protegida ou não;*
- *A atenção em saúde mental não deve ser realizada em manicômios, mas em serviços abertos, e o menos restrito possível, tais como: hospitais gerais, centros e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência e cooperativas, grupos de trabalho em microempresas, hospitais dia-e-noite, lares e pensões abrigados, associações comunitárias, grupos de auto-ajuda, oficinas abrigadas, etc;*
- *Todo serviço de saúde mental deverá ter um representante jurídico do caráter reconhecidamente público e legal, capaz de assegurar a escuta e a implementação dos direitos de cidadania de seus usuários;*
- *Os serviços de saúde devem permitir e incentivar os usuários a se organizarem em grupos, conselhos populares, associações de usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental e comunidade que objetivem propor e construir ações que transformem a relação com a loucura na sociedade em geral, na legislação e na vivência organização e fiscalização dos serviços;*
- *Os serviços de saúde mental devem ser localizar o mais próximo possível da moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência;*
- *Todo serviço de saúde mental deverá garantir o bem-estar físico, mental e emocional de seus usuários, e as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com super visão profissional;*
- *Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de saúde mental, bem como à medicação, se com isso induzir à discriminação ou preconceito;*

- *As crianças e os adolescentes não poderão ser tratados em serviços exclusivos de adultos, exigindo-se serviços especializados que garantam os direitos reconhecidos no Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente;*
- *Os serviços de saúde mental devem ser gratuitos e preferencialmente públicos. Todos os serviços, e preferencialmente os de caráter privado e lucrativo conveniados devem estar sob a supervisão e fiscalização em qualquer momento pelo poder público e entidades de usuários, familiares e profissionais.*

III- CARACTERÍSTICA DOS TRATAMENTOS EM SAÚDE MENTAL

- *Todo serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação psiquiátrica, psicológica, médico-clínica e social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e que respeite a sua fragilidade e dignidade de pessoa humana;*
- *Deverão ser proibidas as formas de tortura e violência pretensamente “terapêuticas”:*
 - *Camisa-de-força*
 - *Psicocirurgia*
 - *Insulinoterapia*
 - *Esterilização involuntária*
 - *Cela forte*
 - *ECT*
 - *Amarrar*
 - *Superdosagem de medicamentos do tipo DEPOT e “Sossega Leão”*
- *Sobre as formas de admissão: qualquer internação psiquiátrica efetuada deverá ser comunicada num prazo de 48 horas ao Ministério Público e a um ouvidor não convocado pela própria instituição, mas sim escolhido pelas entidades de usuários;*
- *Todo usuário deverá ser informado, em linguagem do seu entendimento, das opções de serviços e tratamentos, e a decisão final deverá contar com o consentimento do usuário e/ou pessoa de sua confiança;*
- *Todo programa de saúde mental deverá promover abordagens e serviços especializados e adequados aos diversos grupos da clientela, tais como alcoolistas, crianças e adolescentes, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência, de HIV positivo, etc;*
- *Todo serviço de saúde mental deve oferecer orientação, suporte e/ou terapêutica para os familiares dos usuários, bem como mecanismo de participação nas decisões e fiscalização dos serviços;*

IV- DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

- *todo usuário tem direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos serviços de saúde mental, bem como à orientação, educação sexual e acesso aos meios de contracepção;*
- *todo usuário deve ter garantido o direito:*
 - *de acesso às informações contidas no prontuário;*
 - *de acesso aos meios de comunicação, tais como TV, jornais, rádios e telefone;*
 - *ao sigilo e inviolabilidade de correspondência;*
 - *à privacidade e individualidade,*
 - *a participar das decisões nos serviços, nos conselhos populares, conferências e encontros de saúde;*
 - *a uma representação legal gratuita em caso de incapacidade civil;*
 - *ao acesso às informações dos direitos dos usuários e familiares.*

V- REIVINDICAÇÕES – TEMAS DE LUTA E MOÇÕES

- *Que seja encaminhada, aos poderes Legislativo e Judiciário, a proposta de considerar a aplicação do ECT como crime inafiançável;*
- *Que a “Carta de Direitos dos Usuários” seja publicada nos principais jornais privados e oficiais, que seja afixada em lugar visível em todos os serviços de saúde mental, e seja difundida, em cartilha, entre os usuários de serviços;*
- *Encaminhar ao Congresso Nacional a proposta de emenda ao Código Civil, eliminando a expressão “loucos de todo o gênero” e “incapazes para os atos da vida civil” (artigo 5º do Código Civil em vigor), e que seja amplamente discutidas e revisadas as categorias de periculosidade e imputabilidade atribuídas ao portador de transtorno mental no Código Penal em vigor;*
- *Promover programas de orientação aos policiais, Corpo de Bombeiros e outros técnicos que prestam serviços sociais em relação aos cuidados especiais e direitos do portador de transtorno mental em crise;*
- *Que a coordenação do movimento e a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica façam uma campanha na mídia, a nível nacional, para esclarecimento da população sobre o que vem a ser saúde mental, e não doença mental;*
- *Que se tomem medidas contra a discriminação ao usuário com relação a empregos e vida pública. Sugerir ao governo que se facilite apoio ao usuário através de abertura do campo de trabalho, por exemplo, através de leis que estabeleçam que firmas com mais de 100 empregados tenham de oferecer vagas, numa proporção*

- ainda a ser definida, para usuários dos serviços de saúde mental. Que esta mesma medida se estenda ao poder público de maneira geral e também, de forma específica, aos equipamentos de saúde mental, tais como: Centros de Convivência, cooperativas, hospitais-dia, lares abrigados, etc. que haja incentivos fiscais para as firmas que contratarem usuários e para aquelas que colaborem em programas de reabilitação e treinamento de usuários para o mercado de trabalho;*
- *Que a fala em qualquer encontro da luta antimanicomial seja simplificada para atendimento de todo usuário;*
 - *Que o movimento procure sensibilizar os candidatos a cargos políticos a integrarem em suas plataformas os objetos da luta antimanicomial;*
 - *Que em todo os municípios sejam implantados, na prática, os conselhos municipais e distritais de saúde, bem como os conselhos municipais da pessoa deficiente, com inclusão dos representantes dos movimentos de saúde mental nestes conselhos;*
 - *Que sejam denunciados os municípios que não cumprirem a legislação do Sistema Único de Saúde;*
 - *Que os municípios e serviços de saúde mental invistam na formação e treinamento dos trabalhadores de saúde mental, com ênfase na abordagem dos objetivos da luta antimanicomial;*
 - *Estimular a criação e o desenvolvimento das organizações não-governamentais especializadas em questões jurídicas para defender a cidadania dos portadores de transtorno mental;*
 - *Estabelecer uma instância de revisão obrigatória para todos os casos de interdição civil, com a participação de todos os segmentos da sociedade civil. Que essas instâncias criadas contemplem também os casos das pessoas com sofrimento psíquico presas em medida de segurança;*
 - *Exigir do Estado uma questão integral e um programa de ressocialização específica para aqueles usuários de longa permanência nos estílos;*
 - *Exigir do Judiciário uma revisão das políticas de manicômios judiciários com o desenvolvimento de programas alternativos;*
 - *Exigir que ensaios clínicos e experimentais sejam revistos, considerando as propostas aprovadas e as diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Mental (Dezembro, 1992) e do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial de Salvador, e basear-se na Carta dos Direitos dos Usuários, produzida no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, realizado em Santos;*
 - *Que se incentive o desenvolvimento de associações populares e organizações não-governamentais na prestação de serviços alternativos e inovadores em saúde mental, com amplo suporte técnico e financeiro dos governos e do Sistema Único de Saúde;*

- *Que se encaminhe uma revisão e ampliação da discussão do projeto-de-lei estadual de Política de Saúde Mental, em discussão na Assembléia Legislativa de Rio de Janeiro, tendo como base a “Carta de Direitos dos Usuários e Familiares”.*
- *Que seja criado pelo poder público um sistema especial de atendimento aos portadores de transtorno mental que vivem nas ruas das cidades em nosso país.*

- 1 – *Esta plenária manifesta o seu repúdio à política deliberada de destruição da rede de serviços alternativos em saúde mental pela atual prefeitura de São Paulo;*
- 2- *Esta plenária expressa o seu repúdio ao projeto de lei de deputada Laura Carneiro, do Rio de Janeiro, que delibera o recolhimento da população de rua em uma instituição de saúde mental privada;*
- 3- *Esta plenária manifesta seu repúdio ao corte da Supervisão Institucional dos Trabalhadores de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;*
- 4- *O III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares de Saúde Mental vem exigir que seja aprovado imediatamente o projeto-de-lei 366/92 de Reforma Psiquiátrica do Estado de São Paulo, de autoria do Deputado Estadual Roberto Gouveia e outros, que se encontra em tramitação na Assembléia Legislativa de São Paulo.*