KLS

Saúde Mental

Saúde Mental

Anna Sílvia Rosal de Rosal
Lorena Fleury de Moura

© 2016 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente
Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação e de Educação Básica
Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico
Alberto S. Santana
Ana Lucia Jankovic Barduchi
Camila Cardoso Rotella
Cristiane Lisandra Danna
Danielly Nunes Andrade Noé
Emanuel Santana
Grasiele Aparecida Lourenço
Lidiane Cristina Vivaldini Olo
Paulo Heraldo Costa do Valle
Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro
Revisão Técnica
Ana Carolina Castro Curado

Editorial
Adilson Braga Fontes
André Augusto de Andrade Ramos
Cristiane Lisandra Danna
Diogo Ribeiro Garcia
Emanuel Santana
Erick Silva Griep
Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Rosal, Anna Sílvia Rosal de
R672g Saúde mental / Anna Sílvia Rosal de Rosal, Lorena Fleury de Moura. - Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2016.
192 p

ISBN 978-85-8482-691-9

1. Segurança do trabalho – Medidas de segurança.
I. Moura, Lorena Fleury de. II. Título.

CDD 316.025

2016
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 — Londrina — PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: http://www.kroton.com.br/

Sumário

Unidade 1
Evolução da saúde mental no Brasil 7

Seção 1.1
Rede de atençao à saúde mental 9
Seção 1.2
Serviços em saúde mental 16
Seção 1.3
História da psiquiatria I 26
Seção 1.4
História da psiquiatria II 35

Unidade 2
Abordagem, acolhimento e diagnóstico de transtornos mentais 47

Seção 2.1
A psicanálise e a compreensão da psicopatologia 49
Seção 2.2
Introdução à visão psicanalítica e assistência de enfermagem em dependentes químicos 58
Seção 2.3
Assistência de enfermagem no transtorno de ansiedade e alimentar 68
Seção 2.4
Assistência de enfermagem nos transtornos de humor e psicose 79

Unidade 3
Emergências psiquiátricas 95

Seção 3.1
Conceitos de emergência psiquiátrica 96
Seção 3.2
Assistência de enfermagem no surto psiquiátrico 106
Seção 3.3
Assistência de enfermagem na intoxicação 117
Seção 3.4
Assistência da enfermagem nas emergências psiquiátricas da criança e do adolescente 128

Unidade 4
Projeto terapêutico 145

Seção 4.1
Assistência multidisciplinar 146
Seção 4.2
Projetos em saúde mental I 155
Seção 4.3
Projetos em saúde mental II 165
Seção 4.4
Terapêuticas da saúde mental 175

Palavras do autor

Caro aluno, seja muito bem-vindo!

Vamos conhecer sobre um tema tão presente na vida de todo profissional de saúde, mas ainda pouco explorado: a saúde mental. Estudaremos como este campo de estudo se formou, qual a sua importância para a atividade profissional e como devemos agir ao nos depararmos com esse tipo de demanda.

Com certeza você já conheceu alguém no seu trabalho, na sua família ou no seu grupo de amigos que já tenha sofrido algum tipo de problema de ordem psíquica. Pessoas que tenham se queixado de ansiedade, depressão, alguém que se envolveu com drogas ou até uma criança sofrendo de algum problema de aprendizagem. Nós, como profissionais da saúde, se não nos aprofundarmos nos estudos de saúde mental, iremos nos deparar com situações como estas em nosso cotidiano. Por isso, o estudo desse conteúdo é de fundamental importância para a promoção da saúde na população.

Na Unidade 1, estudaremos sobre a rede de atenção à saúde mental, assim como a história da psiquiatria. Os transtornos mentais, os critérios diagnósticos e o procedimento terapêutico serão trabalhados na Unidade 2. Já na Unidade 3, estudaremos sobre as emergências psiquiátricas, normas e procedimentos. Por fim, na Unidade 4, aprenderemos como montar e implementar um projeto terapêutico.

Ao final, você será capaz de desenvolver as competências necessárias na atenção à saúde mental, conhecendo suas políticas e procedimentos, atingindo seu objetivo de oferecer um tratamento adequado e efetivo. Está preparado? Vamos lá.

Unidade 1

Evolução da saúde mental no Brasil

Convite ao estudo

Prezado aluno, seja bem-vindo!

Nesta unidade, você saberá como está organizado o serviço de saúde mental no nosso país. O objetivo é torná-lo apto a compreender a organização da Redes de Atenção à Saúde (RAS) e poder planejar um tratamento dentro desta organização, competência geral para conhecer a gênese e o manejo de indivíduos com transtornos mentais. A competência técnica a ser desenvolvida é conhecer as políticas de saúde mental.

A unidade enfatiza as políticas públicas em saúde, destacando a evolução da saúde mental no Brasil. Será apresentada a estrutura de organização da Atenção Básica e os conceitos centrais das políticas públicas em vigor, como promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Ao longo de seus estudos, você perceberá como as políticas públicas de saúde mental se articulam com os princípios do SUS.

Qual será a importância de conhecer como se constitui uma Redes de Atenção à Saúde (RAS). Qual a sua importância? Como articulá-la com a Estratégia de Saúde da Família? Como funcionam os serviços de saúde mental? Na sua vida profissional, você trabalhará diretamente com a população com transtorno mental ou irá se deparar com uma situação que envolva pessoas portadoras de transtorno. Portanto, é fundamental que esteja preparado para lidar com essas pessoas, seus familiares e orientá-los da melhor maneira possível.

Vamos apresentar uma situação hipotética bem comum no cotidiano dos profissionais de saúde. Aline é estudante de enfermagem e iniciou um estágio em uma equipe de saúde da família. Ela irá realizar sua primeira visita à comunidade. A equipe foi informada pelo seu agente de saúde que há uma nova moradora no bairro. As informações iniciais são que dona Sebastiana tem 60 anos, é diarista, apresenta diabetes, colesterol alto e doença de Chagas. Ao chegar à casa em questão, a equipe constatou que ela é casada com o senhor Geraldo, 65 anos, e que tiveram três filhos, sendo que dois deles já são casados e não moram mais com eles. Dona Sebastiana contou que o filho mais velho, Pedro, 38 anos, ainda mora com eles e foi diagnosticado com esquizofrenia aos 20 anos. O tratamento recebido por Pedro durante os anos se resumiam à medicalização e a internações durante os surtos, sendo que algumas delas chegavam a durar quase um ano. A mãe conta que, por várias vezes, quando chegava aos hospitais em que Pedro estava internado, ele estava contido na cama ou

excessivamente medicado, sem conseguir falar ou andar direito. Em função do longo período de internações psiquiátricas, Pedro apresentava déficit em atividades da vida diária, como tomar banho, interagir com vizinhos e frequentar lugares públicos. Era comum que passasse dias sem sair de casa e desenvolvesse comportamentos agressivos. Dona Sebastiana disse que não sabia mais o que fazer com Pedro, pois os hospitais não estavam mais aceitando internações de longa duração.

Para podermos trabalhar com situações como a exposta acima, nesta Unidade iremos, além de estudar a Rede de Atenção Básica, também conheceremos a História da Psiquiatria e sua evolução no Brasil.

Bons estudos!

Seção 1.1

Rede de atençao à saúde mental

Diálogo aberto

Caro aluno!

Antes de iniciarmos nossos estudos, vamos retomar o caso da dona Sebastiana. Vimos que, além de sofrer de problemas crônicos de saúde, ela tem um filho diagnosticado com um problema mental grave. Depois de realizada a anamnese de dona Sebastiana, Aline foi questionada pela enfermeira responsável pela equipe sobre qual seria sua conduta diante do problema de Pedro, filho da dona Sebastiana. E aí, qual seria a resposta? Quais seriam as orientações cabíveis nesse caso? Qual seria o tratamento disponível na Rede de Atenção Básica?

Para respondermos a estas questões, vamos estudar como a Rede de Atenção à Saúde Mental se articula com a Rede de Atenção Básica.

Bons estudos!

Não pode faltar

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como o nível do sistema de saúde responsável por oferecer à população os cuidados para os seus problemas de saúde mais prevalentes. No Brasil, o modelo de APS estabelecido pelo SUS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), também chamado de Atenção Básica. Esta equipe é responsável por oferecer serviços de atenção primária à população de um determinado território.

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde individual e coletiva que abrange as seguintes ações: promoção e proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, desenvolvendo uma atenção integral. Os casos que exijem tratamento especializado e/ou de maior complexidade devem ser encaminhados aos centros ou hospitais de referência.

Assimile

Todo problema de saúde é também mental, e toda saúde mental é também produção de saúde. Assim, será sempre importante e neces-

sária a articulação da saúde mental com toda a rede de saúde e, principalmente, com a Atenção Primária à Saúde.

A saúde mental deve ser vista de forma integrada aos demais cuidados em saúde, o que torna necessário reconhecer que essas demandas estão presentes em boa parte das queixas relatadas pelos pacientes atendidos pelos serviços de saúde, especialmente da Atenção Básica. Cabe aos profissionais perceber e intervir sobre estas questões.

Há princípios comuns entre a atuação das equipes de saúde da família e de saúde mental, por exemplo: atuação a partir do contexto familiar, continuidade do cuidado, organização em rede, entre outros. A continuidade do cuidado é fundamental para uma atenção primária efetiva; e quanto mais próximo o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente/cliente, melhor a qualidade dos serviços de saúde mental. Como a saúde mental está integrada a esses serviços, o acesso melhora, os transtornos mentais são mais facilmente identificados e tratados e o manejo da comorbidade de problemas físicos e mentais feito de forma mais adequada.

A Portaria n. 224/1992, é a primeira normatização do atendimento à saúde mental no SUS. Ela apresenta as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços preferenciais, substitutivos e não hospitalares de atenção à saúde mental. A Lei n. 10.216/2001, é o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil. Esta lei visa a garantir aos portadores de transtorno mental acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, proteção contra qualquer forma de abuso e exploração e tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental. Estudaremos acerca do funcionamento dos CAPS e dos demais serviços em saúde mental na Seção 1.2.

Reflita

Uma vez que os princípios de universalidade, equidade e integralidade devem nortear todo tratamento realizado pela Rede de Atenção Básica, quais seriam as formas de operacionalizarmos estes princípios no cuidado à saúde mental?

Ainda na década de 1980, teve início o processo de desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção de usuários em seu meio social. Hospitais psiquiátricos foram fechados à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como

objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc.). Estudaremos mais sobre a história desses movimentos nas Seções 1.3 e 1.4.

Exemplificando

Uma pessoa que precise dos serviços da Rede de Saúde Mental pode procurar diretamente o CAPS ou a Unidade de Saúde da Família de seu bairro.

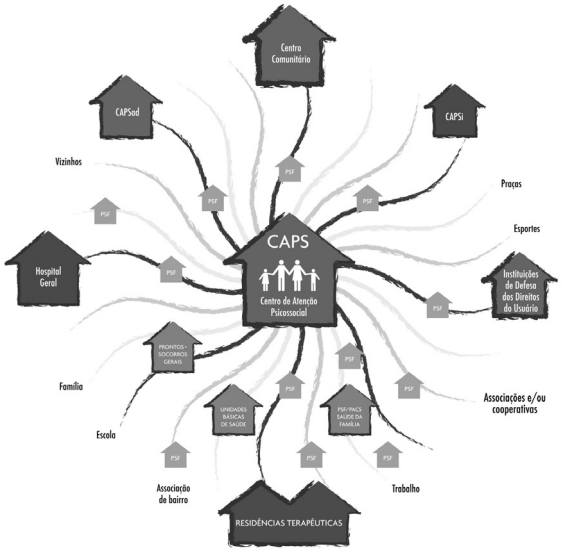
Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde também compõem a rede comunitária de assistência em saúde mental.

Os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, pois farão o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, que veremos na próxima seção. Eles devem ser territorializados, isto é, estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) dos usuários que os frequentam. Eles podem ser classificados como CAPS I, CAPS II ou CAPS III, de acordo com a população do município, sendo que o CAPS III funciona 24h. Também podem ser classificados como CAPSi, que atende crianças e adolescentes, e CAPSad, que atende à demanda de dependência de álcool e outras drogas.

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os CAPS – marca um progresso da política do SUS. Grande parte dos transtornos mentais leves e moderados continua sendo tratada em ambulatórios e na Atenção Básica.

O usuário que necessite do serviço de saúde mental pode procurar diretamente o CAPS e ser encaminhado pela unidade da Estratégia de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou com algum acompanhante. Podemos perceber pela figura que toda rede deve estar integrada e dar suporte aos usuários de saúde mental.

Figura 1.1 | Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Brasil (2004, p. 11).

Assim, para que essa rede seja construída, é necessário articular todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer, de modo a potencializar o trabalho de cuidado e reabilitação psicossocial das equipes.

Faça você mesmo

Agora, procure relacionar os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade) com os serviços de saúde mental e onde cada um acontece na rede de atenção à saúde mental. Discuta com seus colegas.

Sem medo de errar

Na situação hipotética desta seção, falamos sobre a dona Sebastiana, que procurou orientação sobre um tratamento ao filho esquizofrênico, Pedro. O procedimento seria encaminhar a família ao CAPS mais próximo, uma vez que o CAPS ocupa papel estratégico no tratamento de transtornos graves e/ou persistentes.

Atenção

É importante conhecer a rede municipal de saúde e a competência de cada Unidade de Saúde de modo a fazer o encaminhamento de maneira correta.

Lembre-se

Como a rede de atenção à saúde é integrada, todos os serviços de saúde devem apoiar as demandas da saúde mental.

Avançando na prática

O caso de Joaquim

Descrição da situação-problema

Joaquim tem 26 anos e há cerca de um ano foi diagnosticado com transtorno bipolar. A família mantinha seu tratamento somente com a medicação. No entanto, Antônio, pai de Joaquim, percebeu que o filho vem tendo dificuldades para estudar e para trabalhar, uma vez que as crises estão cada vez mais frequentes e intensas. Antônio ouviu um vizinho falar que o SUS possui serviços para este tipo de problema e que as pessoas recebem atendimento com vários profissionais e medicação no mesmo local. O que ele deve fazer para conseguir ser atendido pela rede de saúde mental?

Lembre-se

Os CAPS são serviços considerados "portas abertas", isto é, não há necessidade de encaminhamento prévio.

Resolução da situação-problema

Para resolver este problema, retorne ao item *Exemplificando*, acerca do encaminhamento dos pacientes na rede de saúde mental.

Faça você mesmo

Pesquise com seus colegas artigos que tratem da questão do matriciamento em saúde mental. Procure verificar se existem diferenças entre municípios e façam um pequeno relatório comparando pelo menos dois municípios.

Faça valer a pena

1. Acerca da Atenção Primária a Saúde no Brasil (APS), podemos afirmar que:

a) A APS é realizada por unidades de referência, de forma altamente especializada.
b) A Atenção Básica atua somente nos níveis de promoção e prevenção à saúde.
c) No Brasil, o modelo de APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF).
d) A APS é implementada por meio de uma equipe, formada por um médico, um enfermeiro e um odontólogo.
e) A equipe é responsável por oferecer encaminhamento à população para serviços de saúde.

2. Dentre os fundamentos da Atenção Básica, destacamos os itens a seguir.

I. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde.
II. Efetivar a integralidade em seus vários aspectos.
III. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população.

Após analisar os itens, assinale a alternativa correta:

a) Ao dizermos que a Atenção Básica deve possibilitar o acesso universal à saúde, afirmamos que a Atenção Básica deve atender e solucionar os casos de qualquer complexidade.
b) A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde preferencialmente individual.
c) A continuidade do cuidado é fundamental para uma atenção primária efetiva, sendo esta responsabilidade exclusiva do usuário.
d) A articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação seriam exemplos de ações de efetivação da integralidade.
e) Por se tratar de um serviço especializado, os serviços de saúde mental são tratados por centros de referência.

3. Acerca da Política Nacional de Saúde Mental, assinale a alternativa correta:

a) Como a saúde mental não tem relação com a saúde física, ela não é responsabilidade das equipes de ESF.
b) É necessário que os profissionais da Atenção Básica saibam reconhecer as demandas em saúde mental, pois cabe a eles o desafio de perceber e intervir sobre estas questões.
c) A PNSM não tem autonomia na detecção, no tratamento dos transtornos mentais e nem no encaminhamento para serviço especializado.

d) Por se tratar de um problema com propriedades altamente específicas, o tratamento das doenças mentais é feito prioritariamente pelos hospitais especializados.
e) Não é possível a aplicação dos princípios gerais do SUS no tratamento dos transtornos mentais.

Seção 1.2

Serviços em saúde mental

Diálogo aberto

Caro aluno!

Na seção anterior, vimos como os cuidados em saúde mental são conduzidos à Rede de Atenção à Saúde e como são articulados com seus princípios. Vimos também que os CAPS apresentam um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados em saúde mental.

Nesta seção, estudaremos sobre como os serviços de saúde mental funcionam e como se articulam com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Por se tratar de um serviço mental substitutivo à prática hospitalar, veremos quais os serviços a serem oferecidos pelos CAPS, seus princípios de funcionamento e como é conduzido o tratamento dos usuários nestes espaços.

Lembra-se da Aline, A estudante de enfermagem que iniciou um estágio em uma Equipe de Saúde da Família e que acompanhou uma visita à casa da dona Sebastiana, cujo filho mais velho, Pedro, foi diagnosticado com esquizofrenia e seu tratamento se resumia à medicalização e a internações? Em função do longo período de internações psiquiátricas, Pedro apresentava déficit em atividades da vida diária, como: tomar banho, interagir com vizinhos, frequentar lugares públicos etc. Dona Sebastiana disse que não sabia mais o que fazer com o filho pois os hospitais não estavam mais aceitando internações de longa duração.

Dessa forma, foi orientado que Pedro fosse tratado em um CAPS. No entanto, dona Sebastiana nunca havia ouvido falar neste lugar. Agora, Aline terá que explicar o que é um CAPS, como é realizado o tratamento e como Pedro se beneficiará com este modelo de atenção. Vamos ajudá-la?

Nas seções seguintes, estudaremos a história da psiquiatria no Brasil e no mundo, compreendendo como chegamos como chegamos a este modelo de atenção.

Bons estudos!

Não pode faltar

Como vimos na seção anterior, o modelo de atenção em saúde mental tem como objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais. Neste modelo, a atenção hospitalar passa a ser complementar e o cuidado torna-se mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente. A atuação vai além somente da questão: é necessário ocorrer um processo de valorização do sujeito, de modo que os serviços de saúde possam ser mais acolhedores, possibilitando a criação de vínculos.

A Lei n. 10.216/2001, que mencionamos na seção anterior como o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil, estabelece, dentre outras questões, que a Política Nacional de Saúde Mental tem como foco principal a redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos, de modo que as pessoas, com ou sem histórico de internações, possam ser tratadas e inseridas na sociedade, ao invés de permanecerem isoladas. Para que isso seja possível, é necessário que ocorra a implementação de uma rede de serviços de saúde mental de forma simultânea a esta redução de leitos, visando o aumento da resolutividade.

Para que haja um manejo adequado das questões relacionadas à saúde mental na Atenção Básica, as Equipes de Saúde da Família (ESF) recebem um suporte por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental realizados pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF é uma estratégia que objetiva apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica. Seu comprometimento deve ser com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da saúde da família, incluindo na atuação de ações intersetoriais e interdisciplinares, humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e organização territorial dos serviços de saúde. É formado por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, de modo que atuem apoiando as Equipes de Saúde da Família e em parceria com elas.

Vocabulário

Apoio matricial: é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das ESF. O que se espera é evitar encaminhamentos indiscriminados e desenvolver uma corresponsabilização entre as equipes de SF e saúde mental, de modo que haja uma maior resolutividade.

É comum que as equipes da saúde se deparem com usuários apresentando vários problemas ao mesmo tempo, sejam de ordem psicológica, física e/ou social. Por exemplo, uma pessoa pode ter diabetes (físico) e, ao mesmo tempo, comportamentos depressivos. Assim, ela provavelmente se sentiria desmotivada a cuidar de sua saúde, como cuidar da alimentação e fazer exercícios físicos. Neste momento, a equipe de saúde deve se mobilizar para procurar compreender todo o contexto desse usuário, favorecendo que o mesmo cuide de sua saúde de forma geral. Isso aponta que as ações de saúde mental na atenção básica devem ser ampliadas e que as ESF, dos NASF e dos serviços de Saúde Mental se qualifiquem permanentemente, sempre objetivando potencializar a capacidade resolutiva do tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Quando falamos de ações ampliadas em saúde nos referimos ao aumento da autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade por meio da integração da equipe multidisciplinar de trabalhadores da saúde, de modo a estabelecer cuidado e tratamento de acordo com cada caso, criando vínculo com o usuário. O trabalhador da saúde vai buscar, junto ao usuário, por meio de uma investigação minuciosa, os motivos de seu adoecimento e como se sente em relação aos sintomas, de modo que o usuário compreenda sua doença e se responsabilize por sua saúde. Devemos entender que cada usuário apresenta sua subjetividade e sua especificidade, critérios esses que a equipe deve estar sempre atenta.

A articulação com os serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é importante para a organização do atendimento e o processo de trabalho e permite que toda a atuação das equipes de saúde seja beneficiada pelas múltiplas especialidades que trabalham de forma multidisciplinar. Você sabia que, mesmo em casos graves, que necessitam de acompanhamento mais intensivo, permanecem na atenção básica por questões de territorialidade, ou seja, a unidade de saúde da família continuará a matriciar o tratamento do usuário?

Assimile

Os CAPS ocupam papel central no processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Ele passa a ser o tratamento padrão para pessoas com transtorno mental, ao invés do modelo hospitalar.

Como vimos na seção anterior, o CAPS é um serviço de referência para casos graves e persistentes, cuja necessidade seria de cuidados mais intensivos e/ou de reinserção psicossocial, e que estejam além das possibilidades de intervenção das equipes de NASF e Saúde da Família. A integração deve

ser permanente entre o NASF e o CAPS no território, sendo também sua tarefa realizar ações de apoio matricial para a Atenção Básica.

Como já foi visto, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) - a nomenclatura varia de acordo com a região - é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves, cuja severidade justifique que seu tratamento seja realizado em um dispositivo de cuidado intensivo.

O CAPS tem por objetivo oferecer atendimento à população de seu território, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício de cidadania e estabelecendo laços familiares e comunitários. Trata-se de um modelo de serviço substitutivo ao antigo modelo de internações em hospitais psiquiátricos.

Podemos destacar as seguintes funções de um CAPS:

- Atender em regime de atenção diária.
- Planejar projetos terapêuticos personalizados.
- Promover a inserção social dos usuários.
- Dar suporte, supervisão e atenção à saúde mental na rede básica.
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental em seu território.
- Coordenar com o gestor local a supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas.
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região.

Reflita

Como os CAPS e os NASF podem atuar em conjunto, estabelecendo uma atenção integral e efetiva ao usuário?

Para que seja possível desempenhar tais funções, é necessário que haja espaço próprio e preparado para atender especificamente à demanda do CAPS. Além disso, deverão contar com consultórios para atividades individuais e em grupo, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes. As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e, principalmente, inserido no território dos usuários, sempre respeitando sua

subjetividade e singularidade.

Como já apresentamos anteriormente, os CAPS oferecem diferentes tipos de atividades terapêuticas. Além de consultas e administração de medicamentos, os recursos passam a ser caracterizados pelas clínicas ampliadas. Esta ideia vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

Os CAPS possuem acolhimento diurno e, no caso do CAPS III, também é oferecido acolhimento noturno. O ambiente terapêutico deve ser acolhedor e que inclua pessoas em situação de crise. Algumas atividades são realizadas em grupo, outras individuais, destinadas às famílias ou de característica comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela passa a ter acesso a uma série de recursos terapêuticos, tais como:

- Tratamento medicamentoso.
- Atendimento a grupo de familiares.
- Orientação: conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas.
- Atendimento psicoterápico.
- Atividades comunitárias, como festa junina do bairro, feiras, campeonatos esportivos, passeios, entre outras.
- Atividades de suporte social, como projetos de inserção no trabalho, residenciais terapêuticos, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, obtenção de documentos.
- Oficinas culturais.
- Visitas domiciliares.
- Desintoxicação ambulatorial: conjunto de procedimentos destinados ao tratamento da intoxicação/abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Figura 1.2 | Atividades terapêuticas

Fonte: http://www.itaqui.rs.gov.br/noticias/2011/12/caps-presta-contas-das-atividades-de-novembro.html. Acesso em: 12 mar. 2016.

Exemplificando

Ao ingressar nos serviços do CAPS, a pessoa passará por um acolhimento que servirá de base para a elaboração de seu projeto terapêutico individual. É importante que os profissionais envolvidos busquem o máximo de informações possíveis acerca do usuário para um tratamento mais efetivo.

O público atendido pelos CAPS é de pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes, pessoas com problemas relacionados às substâncias psicoativas (CAPSad) e para crianças e adolescentes com transtornos mentais (CAPSi).

É comum que os usuários tenham vivenciado uma longa história de internações psiquiátricas, nunca terem sido internados ou até já terem sido atendidos em outros serviços de saúde. O importante é que ofereçam tratamento para essas pessoas.

A Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS. Dentre estas diretrizes, estão as definições sobre a equipe mínima. Estes números são estabelecidos de acordo com a capacidade de atendimento da unidade (CAPS I, II ou III). Apesar de se estabelecer um mínimo de profissionais e especialidades, cada unidade tem autonomia de montar sua equipe, respeitando as demandas do seu território. Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional que é constituída por técnicos de nível superior e médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre

outros, de acordo com a necessidade de cada unidade. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos.

Figura 1.3 | Equipe multiprofissional

Fonte: iStock.

O CAPS também atua de forma preventiva, voltado para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas por meio de planejamento e implementação de estratégias para a redução dos fatores de risco, que seriam aqueles relacionados à disponibilidade de drogas na comunidade, problemas de conduta, escolares, familiares, econômico, entre outros, e o fortalecimento dos fatores de proteção, que implicam no acompanhamento das famílias em áreas de risco, oferecimento de condições mínimas de saúde, educação, segurança, além de diversificar as opções de vida da comunidade. Isso fará com que a comunidade esteja inserida nas práticas propostas, com a colaboração dos segmentos sociais disponíveis. O objetivo da prevenção é por um lado, impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez e, por outro, minimizar as consequências do uso de tais substâncias.

As estratégias de prevenção trabalham com o fornecimento de informações sobre os danos do álcool e de outras drogas; apresentação de alternativas para lazer e atividades livres que não envolvam tais substâncias; identificação de problemas pessoais, e acesso ao suporte para tais problemas. Devemos enfatizar que estas ações sempre visam ao fortalecimento de vínculos afetivos e sociais e a melhora da autoestima dos usuários.

Sem medo de errar

Vimos no início desta seção que dona Sebastiana nunca havia ouvido falar sobre os CAPS. Agora, Aline, nossa estudante de enfermagem, terá que explicar o que é um CAPS, como é realizado o tratamento e como Pedro se beneficiará com este modelo de atenção.

Aline deve explicar que o CAPS é o órgão responsável pelo atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais graves. Lá, Pedro teria acesso, além do tratamento medicamentoso, a sessões de terapia, individuais ou em grupo, oficinas terapêuticas,e atividades que propiciariam uma melhor adaptação à comunidade. As internações não seriam mais prioridade e só ocorreriam se o psiquiatra responsável avaliasse e achasse necessário, no caso de ocorrer alguma crise grave.

Atenção

O CAPS oferece atendimento à população de seu território por meio de acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários no trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Avançando na prática

A dependência química de Ana

Descrição da situação-problema

A senhora Regina se dirigiu à unidade da ESF de seu bairro e relatou à enfermeira da unidade que gostaria de informações sobre o que fazer com sua filha Ana. A moça tem 18 anos e "desde os 15" está envolvida com drogas. Inicialmente, se envolveu com álcool e cigarros, logo depois, começou a fumar maconha e faltar às aulas. Há cerca de seis meses, Regina descobriu que a filha está usando crack. Ana tem passado longos períodos na rua, realizando pequenos furtos em casa e na vizinhança. Regina inicialmente acionou a polícia, que disse não ter solução para o caso, orientando-a a procurar um tratamento. Qual deverá ser o tratamento indicado para Ana e como as equipes de saúde devem se mobilizar?

Lembre-se

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade e no bairro.

Resolução da situação-problema

Para resolver esta situação-problema você deve ler o item "Não pode faltar" deste livro didático a respeito dos serviços em saúde mental.

Faça você mesmo

Joelma procurou a unidade do ESF de seu bairro, pois sua mãe, Antônia, estava chorando muito e falando todo o tempo que queria morrer. A situação se complicou pelo fato de Antônia não comer direito e não tomar seus remédios para hipertensão e diabetes de forma adequada. Joelma relatou que a mãe tentou se jogar na frente de um ônibus. Diante desta situação, qual seria a forma de articulação entre as equipes de saúde da família, o NASF ou o CAPS?

Faça valer a pena

1. Quando falamos sobre o processo de desinstitucionalização de pessoas portadoras de transtornos mentais, podemos entender que:

a) Ocorre a redução gradual dos leitos hospitalares e o cuidado com pessoas portadoras de transtorno mental passa a ser exclusivamente da família.
b) Os serviços de atenção básica devem estar preparados para o cuidado de agravos de baixa complexidade, não incluindo as questões relacionadas ao sofrimento psíquico.
c) Deve haver uma redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos e a implementação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária.
d) Apesar de a desinstitucionalização ser um processo em andamento, o poder público não apresenta políticas específicas para a população com transtorno mental.
e) O processo de desinstitucionalização prevê o encerramento de toda atividade de atenção hospitalar a portadores de transtorno mental.

2. Para melhorar o manejo da saúde mental na Atenção Básica, propõe-se um suporte às Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental realizado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O que se entende por "apoio matricial"?

a) Quando uma Equipe de Saúde da Família não for capaz de solucionar um problema de algum usuário, ela deve encaminhá-lo para ser atendido no NASF.
b) Quando falamos em apoio matricial, entendemos que, neste caso, o NASF está hierarquicamente superior às equipes de SF.
c) Efetuar encaminhamentos, uma vez que a saúde da família não apresenta compe-

tência suficiente para atender a demanda de saúde mental.
d) Suprir as deficiências das equipes de saúde da família, já que estas apresentam capacidade técnica limitada.
e) Um arranjo técnico-assistencial que busca desenvolver uma corresponsabilização entre as equipes de saúde da família e saúde mental.

3. Muitas pessoas chegam à atenção básica com problemas psicológicos, físicos e sociais concomitantes e muitas com alto grau de comorbidade. Diante de tal situação, podemos afirmar que:

a) É necessário ocorrer uma maior especialização do cuidado aos usuários da atenção básica, uma vez que é alto o grau de comorbidade.
b) Em função do alto grau de comorbidade, a ação das Equipes de Saúde da Família acaba se tornando insuficiente na resolutividade dos problemas da população.
c) As Equipes de Saúde da Família devem ser capazes de fazer o encaminhamento adequado, já que a saúde mental não está em sua competência.
d) Há uma necessidade da ampliação das ações de saúde mental na Atenção Básica e para a qualificação das Equipes de Saúde da Família, NASF e de saúde mental, destacando sua capacidade resolutiva.
e) As Equipes de Saúde da Família devem ser autossuficientes na resolução dos problemas de qualquer ordem.

Seção 1.3

História da psiquiatria I

Diálogo aberto

Caro aluno!

Nas seções anteriores, estudamos como estão organizados os serviços de saúde mental, como são conduzidos na Rede de Atenção à Saúde e como são articulados com seus princípios. Vimos também que os CAPS apresentam um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados em saúde mental e como se articulam com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Nesta seção, estudaremos sobre a história da Psiquiatria, seu surgimento, as principais escolas e tradições, bem como sua evolução ao longo do tempo.

Aline, nossa estudante de enfermagem iniciou um estágio em uma Equipe de Saúde da Família e acompanhou uma visita à casa da dona Sebastiana, cujo filho mais velho, Pedro, foi diagnosticado com esquizofrenia e seu tratamento se resumia à medicalização e a internações. Em função do longo período de internações psiquiátricas, Pedro apresentava déficit em atividades da vida diária, como tomar banho, interagir com vizinhos, frequentar lugares públicos. Diante desses problemas apresentados, responda: como as pessoas com doença mental foram tratadas ao longo da história e como a doença mental era compreendida?

Na seção seguinte, estudaremos sobre a história da Psiquiatria no Brasil para entendermos a evolução dos tratamentos até o modelo atual.

Bons estudos!

Não pode faltar

A tentativa de explicar o comportamento humano é uma constante na história da humanidade. O comportamento considerado anormal sempre foi alvo de curiosidade e estudo por praticamente todas as culturas. Pode-se verificar que os primeiros registros de patologias psiquiátricas foram encontrados em papiros egípcios e datam de cerca de 2.000 anos a.C. Eles afirmam que o útero seria um ser autônomo com a propriedade de se deslocar pelo interior do corpo, o que explicaria a chamada histeria.

Na Grécia Antiga, temos o início do que é considerada como a tradição biológica. a visão sobre a doença era a de ruptura do equilíbrio interno, concebido de acordo com a visão cósmica. Hipócrates concebe o homem como um microcosmo regido por leis físicas semelhantes às do universo. Em suas obras encontram-se as primeiras descrições de histeria, que explicam o deslocamento do útero como decorrente da falta de funcionamento sexual. Podemos dizer, então, que os gregos consideram que existe uma relação entre a sexualidade e a histeria.

Na Idade Média, havia a predominância, que pode ser considerada um retrocesso, das concepções mágico-religiosas, abandonando a ideia de doença mental como decorrente de causa natural, o que chamamos de tradição sobrenatural. As explicações para o comportamento anormal faziam referência a possessões demoníacas ou decorrentes de prática de bruxaria. A obra mais célebre de que se tem notícia desse período foi escrita por dois padres dominicanos alemães, Kramer e Sprenger, o Malleus maleficarum (martelo dos feiticeiros), um verdadeiro manual de caça às bruxas. As descrições de orgias sexuais são acompanhadas de métodos de identificação de hereges e demônios. Esse período é marcado por exorcismo, perseguição aos enfermos mentais, intolerância e condenação à fogueira.

Do final da Idade Média até meados do século XVII, os doentes mentais eram confinados a um espaço chamado como nau dos loucos. Tratava-se de um barco que carregava os chamados loucos, navegando ao longo dos rios e parando nos portos. As pessoas consideradas anormais e os leprosos eram escorraçados para fora dos muros das cidades e confiados aos barqueiros. Você percebe que desde muito tempo as práticas em saúde mental enfocavam a exclusão e o encarceramento desses indivíduos?

Pesquise mais

No livro "A História da Loucura", Michel Foucault questiona concepções firmadas sob o rótulo de possíveis verdades científicas, como no campo da medicina psiquiátrica, sendo uma importante obra na compreensão crítica do fenômeno da doença mental.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

Figura 1.4 | Pintura "A nave dos loucos", de Hieronymus Bosch (1450- 1516)

Fonte: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Jheronimus_Bosch_011.jpg. Acesso em: 12 abr. 2016.

A identificação de doentes mentais estava fundamentada em critérios imprecisos. Enquanto a obra Malleus maleficarum representava um instrumento de identificação de manifestações demoníacas para condenar pessoas à fogueira, a instituição da "nau dos loucos" permitia excluir leprosos e indivíduos com comportamento socialmente perturbado.

Em 1656, o rei Luís XIV sancionou uma lei em que indivíduos considerados libertinos, charlatões, errantes, indigentes, mendigos, ociosos, ladrões, dementes, alienados e insanos deviam ser eliminados publicamente ou levados à reclusão. Conhecemos esse período como a era dos grandes hospitais, que funcionavam de forma asilar: as pessoas consideradas inadequadas à sociedade eram encarceradas, acorrentadas, ou seja, uma verdadeira limpeza social. O Hospital Geral não é um lugar de tratamento médico, mas sim de trabalho e correção e sem as menores condições de higiene e dignidade.

Assimile

A identificação dos doentes mentais não estava fundamentada em critérios precisos. Não havia tratados ou estudos que possibilitassem esse diagnóstico.

Uma mudança significativa veio com o reconhecimento do doente mental como paciente de patologia natural, acima de tudo orgânica, com efeitos psíquicos. Isso foi possível a partir da introdução da função médica nos hospitais gerais, o que só ocorreu devido a epidemias que acometeram a França e tais hospitais foram responsabilizados por espalhar enfermidades. Em 25 de março de 1793, o médico alienista, Phillippe Pinel, assume sua função nas enfermarias do Le Bicêtre. Os asilos foram substituídos, então, pelos manicômios, estes somente destinados aos doentes mentais. Em 1801,

Pinel publicou o "Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania", em que descreveu uma nova especialidade médica: Psiquiatria.

Vocabulário

Como a Psiquiatria ainda não era uma especialidade definida, os doentes mentais eram chamados de "**alienados**" e os médicos que se ocupavam em tratá-los eram chamados de "**alienistas**".

Devemos destacar que as ações de Pinel, coincidem com a Revolução Francesa, época em que a defesa dos direitos humanos (igualdade, fraternidade e liberdade) era pregada pelo Iluminismo francês. Pinel passou anos nos hospitais, observando e cuidando dos doentes, livrando-os das correntes, e também exerceu o trabalho de docência, formando uma série de notáveis psiquiatras. Seu legado foi tão importante que este período é considerado como a Primeira Revolução Psiquiátrica.

O tratamento no manicômio, de acordo com Pinel deveria ser de reeducação do alienado, implicando respeito às normas e ao desencorajamento das condutas inconvenientes. A função disciplinadora do manicômio e do médico deve ser exercida como um perfeito equilíbrio entre firmeza e gentileza. Mais ainda, a permanência demorada do médico em contato com os doentes melhora seu conhecimento sobre os sintomas e sobre a evolução da loucura. Pinel acreditava que os alienados não seriam culpados pela sua condição, então, não seriam necessárias punições. Estes seriam doentes, cujo estado de sofrimento mereceria toda a consideração devida. Estabelecia-se assim o chamado tratamento moral, que se fundava na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas por parte da equipe técnica.

Figura 1.5 | Entrada principal do hospital geral Le Bicêtre, em Paris, na França

Fonte: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:H%C3%B4pital_du_Kremlin-Bic%C3%AAtre.jpg. Acesso em: 29 mar. 2016.

O tratamento moral, ou terapia moral, pode ser considerado como o início da tradição psicológica nos estudos e tratamento das doenças mentais. O termo "moral" pode ser entendido como "emocional" ou "psicológico", e não como um código de conduta. Seu princípio básico estava fundamentado no tratamento dos pacientes da forma mais normal possível em um ambiente em que fosse possível desenvolver contato social e interpessoal. Os relacionamentos eram estimulados e a atenção individual enfatizava consequências positivas para interações e comportamento apropriado.

Exemplificando

Na terapia moral, eram realizadas palestras, os internos eram tratados como pessoas "normais" pelos funcionários, ou seja, buscava-se manter um ambiente próximo ao real, de forma que os doentes pudessem se reabilitar.

Em meados do século XIX, a terapia moral entrou em declínio porque era evidente que a terapia era mais eficiente com um número de pacientes reduzido. Ao longo de anos, o número de pacientes foi crescendo substancialmente e passou a ocorrer uma transição da terapia moral para um cuidado asilar, ou seja, os funcionários deveriam somente cuidar de sua higiene e alimentação. Além disso, decidiu-se, nessa mesma época que a doença mental seria causada por uma patologia cerebral e, logo, incurável. Podemos verificar aí um retorno à tradição biológica.

Outro importante momento, considerado a Segunda Revolução Psiquiátrica, ocorreu na Alemanha entre os séculos XIX e XX. Emil Kraepelin foi considerado um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento da Psiquiatria no país. Ele procurou identificar o que chamou "aspectos essenciais" para usá-los como critérios diagnósticos de transtornos mentais. Kraepelin gerou uma nosologia com base no curso natural da doença.

Rapidamente, a proposta nosográfica kraepeliniana ganhou aceitação em vários países, tornando-se recorrente nas classificações do século XX. O trabalho e o esforço nosográfico efetuado por Kraepelin revolucionaram a psiquiatria europeia do início do século.

Karl Jaspers, outro psiquiatra alemão, publicou, em 1913, o livro Psicopatologia geral, no qual apresenta a reflexão sobre a abordagem dos transtornos psíquicos a partir do uso de metodologia sistemática, sem a priori sobre a observação clínica dos fenômenos psíquicos. Ele estabeleceu as diferenças entre as conexões de compreensão e explicação no curso da doença. Sua obra é decisiva para o aprimoramento da psicopatologia, enfatizando a

postura do examinador em compreender as vivências do paciente.

A tradição alemã trouxe progressos importantíssimos para a psiquiatria pós-escola francesa. Ressaltou a importância do aspecto biológico nos transtornos mentais e também contribuiu para o aprimoramento da nosografia e da clínica, incrementando o estudo da psicopatologia dos transtornos mentais.

O desenvolvimento da psicofarmacologia foi definitivamente uma revolução no tratamento dos doentes mentais. A psicofarmacologia foi marcada por descobertas acidentais da utilidade de várias substâncias químicas no controle dos principais transtornos mentais. Em grande parte do século XX, as pesquisas sobre transtornos mentais se pautaram na lógica da farmacologia, que fez com que houvesse um decréscimo na quantidade de pesquisas acerca de transtornos mentais em áreas como a psicologia.

A tradição psicológica passou um bom tempo adormecida, até que diversas escolas surgiram no século XX. Podemos destacar: a Psicanálise de Sigmund Freud, que procurou estudar as estruturas da mente e o papel dos processos inconsciente; e o Behaviorismo, que traz nomes como John B. Watson e B. F. Skinner, que estudaram a aprendizagem de comportamentos como processo de desenvolvimento de comportamentos patológicos.

Reflita

Qual a importância da tradição psicológica no desenvolvimento de tratamentos mais humanos e eficazes dos pacientes com transtornos mentais?

Os estudos dentro de uma tradição psicológica retornaram principalmente como resposta aos absurdos métodos de tratamento que ocorriam nos hospitais. Estes métodos incluíam cadeiras giratórias, hidroterapias, contenções, eletroconvulsoterapia, entre outros.

As técnicas psicocirúrgicas ganharam destaque com a lobotomia desenvolvida pelo neuropsiquiatra português Antonio Egas Moniz. No entanto, surgiram objeções éticas ainda na década de 1950, em função do dano irreversível que a psicocirurgia causava ao cérebro e aos graves efeitos colaterais sobre a personalidade e a vida emocional dos pacientes. Além disso, a descoberta de medicamentos antipsicóticos eficazes levou os neurocirurgiões a abandonarem a lobotomia a favor de métodos mais humanos de tratamento.

Sem medo de errar

Em função do longo período de internações psiquiátricas, Pedro apresentava déficit em atividades da vida diária, como tomar banho, interagir com vizinhos e frequentar lugares públicos. Diante desses problemas apresentados, nos perguntamos como as pessoas com doença mental foram tratadas ao longo da história e como a doença mental era compreendida.

Pelo que estudamos, o modelo de atendimento aos doentes mentais se manteve em uma lógica asilar por muitos anos, enfocando o isolamento e, mais recentemente, a medicalização dos internos, sem a preocupação de alguma reabilitação psicossocial.

Atenção

A história da Psiquiatria nos mostra que passamos por mais tempo em uma lógica cujo hospital era o único tratamento dos transtornos mentais.

Avançando na prática

Era uma vez um jovem francês...

Descrição da situação-problema

Jean era um jovem francês que viveu no século XVIII. Constantemente, era visto acompanhado de várias mulheres e estava sempre bêbado. Quando embriagado, chegava a andar nu nas ruas à noite. Era comum que, em virtude do excesso de álcool, passasse algumas noites dormindo nas calçadas. Certa noite, regada a mulheres e bebidas, Jean se envolveu em uma briga com outro rapaz e a polícia foi chamada. Levado para um hospital, sua família foi informada que ele se tratava de uma pessoa com problemas mentais.

De acordo com o que foi estudado, qual teria sido o tratamento recebido por Jean?

Lembre-se

Os hospitais do século XVIII funcionavam de forma asilar. As pessoas consideradas inadequadas à sociedade eram encarceradas, acorrentadas, ou seja, era feita uma verdadeira limpeza social.

Resolução da situação-problema

Para resolver esta situação-problema, retome ao item Não pode faltar de seu livro didático.

Faça você mesmo

Pesquise sobre as formas de tratamento dos doentes mentais ao longo da história. Falamos sobre a crueldade e desumanização dos tratamentos. Forme grupos e discutam sobre a aplicação de pelo menos três formas de tratamento que eram usadas.

Faça valer a pena

1. Podemos afirmar acerca do estudo do comportamento anormal:

a) Ocorre a partir dos estudos de Pinel.
b) Foi bastante estudado durante a Idade Média.
c) É objeto de estudo em várias culturas ao longo da história.
d) Sempre foi foco de estudo da medicina.
e) É uma preocupação recente da ciência.

2. Sobre a doença mental na Idade Média, analise as afirmativas a seguir:

I. A tradição sobrenatural foi predominante durante este período.
II. As explicações para o comportamento anormal faziam referência a causas naturais.
III. Era comum o uso de exorcismos, perseguições e condenações à fogueira.
IV. Os doentes mentais eram confinados em asilos.

Está correto o que se afirma em:

a) I e III, apenas.
b) III e IV, apenas.
c) II e III, apenas.
d) I e II, apenas.
e) II e IV, apenas.

3. Em 1656, o rei Luís XIV sancionou uma lei que teve como consequência a criação dos hospitais gerais. Podemos afirmar que:

a) Com a criação dos hospitais gerais, pessoas com doença mental tiveram a oportunidade de serem tratadas.
b) Esta lei teve finalidades segregacionistas: indivíduos considerados inadequados à sociedade deviam ser eliminados publicamente ou levados à reclusão.
c) A referida lei privilegiou as pessoas com doenças mentais, uma vez que, nesta época, a psiquiatria já estava bem estabelecida.
d) Libertinos, mendigos e errantes eram colocados em uma ala separada dos doentes mentais, enfocando a humanização do tratamento.
e) Apesar de serem chamados de hospitais, essas instituições tinham caráter assistencialista e focavam na reabilitação dos internos.

Seção 1.4

História da psiquiatria II

Diálogo aberto

Caro aluno!

Nas seções anteriores, estudamos como estão organizados os serviços de saúde mental, como são conduzidos na Rede de Atenção à Saúde e como são articulados com seus princípios. Vimos também que os CAPS apresentam um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados em saúde mental e como se articulam com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e, por fim, como os... como os transtornos mentais eram estudados ao longo da História, compreendendo a transformação da Psiquiatria como ciência.

Nesta seção, conheceremos a história da Psiquiatria no Brasil, bem como os movimentos reformistas no mundo e sua influência na reforma psiquiátrica brasileira.

Aline, a estudante de enfermagem que iniciou um estágio em uma equipe de saúde da família, realizou uma visita à Dona Sebastiana que contou a história de seu filho mais velho, Pedro, 38 anos, diagnosticado com esquizofrenia aos 20 anos. A mãe relatou que o tratamento recebido por Pedro se resumia à medicalização e a internações durante os surtos. Algumas delas chegavam a durar quase um ano e por várias vezes quando chegava aos hospitais onde Pedro estava internado, ela o encontrava contido na cama, ou excessivamente medicado, sem conseguir falar ou andar direito. Em função do longo período de internações psiquiátricas, Pedro apresentava déficit em atividades da vida diária, como tomar banho, interagir com vizinhos e frequentar lugares públicos. Era comum que Pedro passasse dias sem sair de casa e que apresentasse comportamentos agressivos. Dona Sebastiana disse que não sabia mais o que fazer com o filho pois os hospitais não estavam mais aceitando internações de longa duração. Como vimos nas seções anteriores, foi indicado que Pedro fosse encaminhado para tratamento no CAPS.

Depois de realizada a visita, Aline redigiu um relatório para entregar à sua professora sobre sua experiência no estágio. A professora de Aline pediu, com base na história de Pedro, que Aline fizesse um trabalho destacando a evolução da atenção psiquiátrica aos portadores de transtorno mental no Brasil ao longo da história, as questões políticas e as influências das escolas estrangeiras até resultar no modelo de atenção atual. Coloque-se no lugar de

Aline e pense em como você elaboraria este trabalho.

Então vamos lá a mais um desafio! Bons estudos!

Não pode faltar

A assistência aos doentes no Brasil colonial era precária. Os cuidados eram majoritariamente prestados por curandeiros. Os médicos eram raros e os cirurgiões e barbeiros licenciados só eram encontrados nos centros maiores e serviam principalmente às pessoas importantes. Não havia psiquiatras. Até meados do século XIX, não havia assistência específica aos doentes mentais no Brasil. Eles ficavam pelas ruas, eram encarcerados nas prisões ou reclusos em celas especiais das Santas Casas de Misericórdia.

Com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, em 1808, houve a necessidade da criação de uma estrutura em saúde que até então era inexistente. Cabe destacarmos que nesta época a corte portuguesa trouxe com ela o médico cirurgião José Correia Picanço, professor da Universidade de Coimbra e cirurgião-mor do reino. Quando chegou ao Brasil, obteve do regente uma autorização para criar uma escola de cirurgia. Assim foi possível que se iniciasse uma cultura médica no país.

Até 1830 não havia tratamento específico para os doentes mentais: os ricos ficavam isolados em suas casas e os pobres perambulavam pelas ruas ou viviam nos porões da Santa Casa da Misericórdia. Nessa época, as ideias da Primeira Revolução Psiquiátrica, que estudamos na seção anterior, influenciaram a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que acabara de ser criada. Mobilizaram-se em torno do lema: "Aos loucos, o hospício!". Os médicos se indignaram com o fato dos doentes mentais serem tratados como criminosos, sem receber tratamento.

Assimile

Os processos de atenção à saúde são inseridos em um contexto político, cultural e científico. A inauguração do primeiro manicômio só foi possível após o desenvolvimento de uma cultura médica no país.

Após as revoluções, sugeriu-se a criação de um hospício para abrigar os indivíduos considerados doentes mentais. As reivindicações vinham dos médicos e higienistas vinculados à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que buscavam organizar, disciplinar e normalizar a cidade em busca de salubridade. As condições da Santa Casa de Misericórdia, principalmente em relação à área reservada aos loucos, eram insalubres.

Vocabulário

O **higienismo** é uma doutrina que nasceu na primeira metade do século XIX, quando os governantes começam a dar maior atenção à saúde dos habitantes das cidades. A doença era considerada um fenômeno social que abrangia todos os aspectos da vida humana. O médico higienista era especializado em saúde pública e administração sanitária, além de prescrever condutas higiênicas. Era também considerado um educador.

Em 18 de julho de 1841, o imperador Dom Pedro II assinou o decreto de fundação do primeiro hospício brasileiro, denominado "Hospício de Pedro II", que foi inaugurado em 1852. O luxuoso edifício ficou conhecido como o "Palácio dos Loucos". Inicia-se assim o período dos grandes hospitais no Brasil, prática esta que se estendeu por vários anos em diversas regiões do país.

Em 1890, o Hospício de Pedro II foi desanexado da Santa Casa da Misericórdia e passou a ser denominado "Hospício Nacional de Alienados", recebendo cada vez mais pacientes de todo o território nacional, levando a uma superlotação. Surgiu então, nesse período, uma série de críticas ao cotidiano e ao modelo assistencial do hospício. As críticas destacavam que esses locais serviriam somente de "depósito de pessoas", sem a preocupação em tratá-las e expondo-as a condições precárias e insalubres. A superlotação e essas condições precárias e descuidadas instalações marcou o início de sua decadência.

Reflita

Quais seriam as consequências de um tratamento realizado com base em exclusão social, castigos, altas doses medicamentosas e sem foco em reinserção social?

Você se lembra de que discutimos na seção anterior que, na virada do século XVIII para o século XIX, começou a haver uma predominância do pensamento ligado à doutrina organicista? O desenvolvimento da anatomia patológica influenciou bastante o pensamento da psiquiatria da época, fazendo com que os alienistas buscassem causas orgânicas da loucura e desenvolvessem, consequentemente, procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos. No Brasil, essas ideias chegaram somente no início do século XX, justamente no momento de decadência do Hospício Nacional de Alienados.

Figura 1.6 | Pavilhão de observação do antigo hospício de Pedro II

Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/modulosfotograficos.html#nogo.Acesso em: 10 abr. 2016.

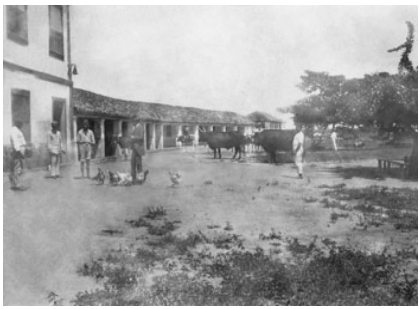
Pesquise mais

"A Casa do Delírio", de Douglas Tavolaro, conta a história do manicômio judiciário Franco da Rocha, considerado nos anos 50, um dos hospitais-presídio mais importantes da América Latina e transformado nos anos 60 num depósito de loucos.

TAVOLARO, D. **A casa do delírio**. São Paulo: Senac, 2001.

A mudança nas concepções acerca das causas da loucura e as críticas ao modelo fechado nos hospícios da época fizeram surgir as colônias de alienados. Essas colônias tinham como objetivo, por um lado, neutralizar as denúncias de superlotação, aprisionamento e violência presentes nos hospícios e, por outro, transformar o modelo assistencial. Vale lembrar que o modelo de colônias existiu paralelamente ao modelo manicomial, que não foi abandonado.

Figura 1.7 | Colônia de Alienados na Ilha do Governador



Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/colonias.html#nogo. Acesso em: 10 abr. 2016.

Inauguradas em 1890, no Rio de Janeiro, as colônias de alienados representavam uma tentativa de resolver os problemas da superlotação e da mistura de pacientes curáveis e incuráveis em um mesmo estabelecimento. Os "incuráveis tranquilos", removidos para além do centro urbano, eram encarregados de trabalhos agrícolas e artesanais como forma de compensação à incapacidade das famílias de custearem o tratamento. O modelo serviu para ampliar a importância social e a política da Psiquiatria e tentar neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No entanto, a lógica de isolamento e segregação social permanece no modelo de colônias.

Exemplificando

Era comum que pessoas consideradas alienadas passassem toda a vida internadas e sem contato com a família. Os critérios diagnósticos ainda eram frágeis e não havia protocolos de tratamento. A criação das colônias agrícolas veio da ideia de que o ócio seria uma das causas da doença mental.

Após a 2ª Guerra Mundial, surgiram, na Europa e nos Estados Unidos, os primeiros movimentos que buscavam transformar o modelo psiquiátrico vigente. Com a reconstrução da Europa, os hospícios passaram a sofrer críticas devido a seus atos violentos e excludentes no tratamento da loucura. Surgiram algumas iniciativas de modificação das práticas institucionais, denominadas de "Reforma Psiquiátrica". A primeira experiência de Reforma Psiquiátrica foi a comunidade terapêutica: era fundamentada na democracia das relações, na participação e no papel terapêutico de todos os membros da comunidade, com ênfase na comunicação e no trabalho, como instrumentos essenciais no processo de recuperação dos internos. Esta prática era realizada dentro dos hospitais.

O Brasil foi influenciado pela Reforma Psiquiátrica Italiana. Este movimento surgiu na Itália com médico Franco Basaglia. Insatisfeito com relação ao sistema psiquiátrico adotado na época, Basaglia passou a adotar medidas que humanizasse os pacientes, resgatando sua dignidade e seus direitos como cidadãos. A proposta era transformar os hospitais psiquiátricos em locais de cura, introduzindo mudanças no seu interior que possibilitasse a humanização dos pacientes. Apesar de reconhecer as mudanças realizadas por meio da comunidade terapêutica dentro do hospital, o médico percebia que este modelo perpetuava a exclusão imposta pela instituição psiquiátrica e não se mostrava tão eficiente como planejado.

Basaglia viu, então, que a questão da loucura vai além da doença em si.

Defende que o transtorno mental está relacionado a atributos que não são próprios da condição da doença, mas, sim, de estar institucionalizado e estigmatizado. Defendia também que o ato terapêutico consistiria em descobrir quem era o sujeito que sofria, indo além dos rótulos e conceitos produzidos socialmente, como o de que todo louco seria uma ameaça à sociedade; isto seria um reflexo do sistema institucional. Desta forma, Basaglia propôs a desinstitucionalização.

No Brasil, vale dizer que a Reforma Psiquiátrica iniciou-se no fim da década de 1970 época em que foram registradas uma série de denúncias, principalmente por parte dos profissionais, em relação à política brasileira de saúde e às condições de atendimento psiquiátrico à população. Nesse contexto, surgem pequenos núcleos estaduais, como nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais: o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em abril de 1978, o tratamento dado aos internos e as precárias condições de trabalho no Centro Psiquiátrico Pedro II levaram a uma greve dos profissionais que gerou repercussão negativa na imprensa. Desse episódio, surgiu o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), contribuindo para que a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica se tornasse pública.

Na década de 1980, surgiu uma série de eventos preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em 1987. Nestes eventos, assim como na conferência, foram recomendados que investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais fossem priorizados em relação à prática hospitalocêntrica. No final de 1987, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, momento em que foi concretizado o Movimento de Luta Antimanicomial e construído o lema "por uma sociedade sem manicômios". A partir desse ano, o dia 18 de maio passou a representar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e o impacto das propostas desses eventos contribuíram para a implantação do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo.

Em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil. Paralelamente, começou-se a implantação dos chamados serviços substitutivos de atendimento psiquiátrico, cujo objetivo era atender as pessoas com transtornos psiquiátricos sem recorrer à internação.

Faça você mesmo

Ao término desta unidade elabore um check list das principais leis aplicadas em saúde mental.

Sem medo de errar

Depois de realizada a visita, Aline redigiu um relatório sobre o que verificou na casa de Dona Sebastiana para entregar à sua professora sobre sua experiência no estágio. A professora de Aline pediu que, com base na história de Pedro, ela fizesse um trabalho destacando a evolução da atenção psiquiátrica aos portadores de transtorno mental no Brasil ao longo da história, as questões políticas e influências das escolas estrangeiras até resultar no modelo de atenção atual.

Estudamos que a história da Psiquiatria no Brasil é recente se comparada a outros países, principalmente na Europa. Só se passou a ter uma preocupação com a atenção aos doentes mentais no século XIX. Diante disso, passamos pelo período dos grandes hospitais, em que o sucateamento das estruturas, a superlotação e as condições insalubres forçaram a criação de um novo modelo. De início, criaram-se as colônias agrícolas, como uma maneira de lidar com a superlotação dos hospitais, mas se manteve a cultura de isolamento predominante. Na década de 1970, influenciados pela Reforma Psiquiátrica Italiana, iniciou-se no Brasil seu próprio movimento reformista, motivado pelas constantes denúncias das condições dos hospitais. Esses movimentos levaram mais tarde à criação dos CAPS. Portanto, o trabalho deve ser elaborado contendo estes assuntos como conteúdo.

Atenção

As condições de trabalho dos profissionais da saúde mental e os tratamentos aos quais os pacientes eram submetidos deixavam claro que o modelo vigente estava fadado ao fracasso: não havia a preocupação em tratar ou reintegrar o paciente à sociedade.

Avançando na prática

A mudança de Joaquina

Descrição da situação-problema

Joaquina foi interna do Hospício Nacional dos Alienados, antigo Hospital de Pedro II, há 20 anos. Foi internada quando tinha 17 anos e vivia pelas ruas da capital. No dia de sua internação, disseram que ela havia agredido um senhor na rua, mas nunca entenderam exatamente seu problema. Neste tempo em que estava internada, Joaquina estava tranquila e foi transferida

para uma colônia agrícola. Como pode ser justificada a sua transferência, tendo em vista o momento pelo qual a psiquiatria brasileira vivia?

Lembre-se

Os hospitais psiquiátricos estavam superlotados e em condições precárias e insalubres. Além disso, eram constantes as críticas ao modelo de tratamento.

Resolução da situação-problema

Para solucionar a situação-problema, retome ao item "Não Pode Faltar" do seu livro didático.

Faça você mesmo

Junte-se em grupo e pesquise se na sua cidade ou no seu estado houve algum hospital psiquiátrico. Busque a história e relacione com o conteúdo estudado. Caso não tenha, procure a história de algum hospital psiquiátrico brasileiro. Faça esta pesquisa em grupo e depois compartilhe com seus colegas.

Faça valer a pena

1. Acerca do atendimento à saúde mental no Brasil colônia, podemos afirmar que:

a) Era precário e pouco abrangente e, apesar de haver médicos e psiquiatras no país, esses atendimentos eram mais comuns nas capitais.
b) O tratamento específico para os doentes mentais não existia, eles eram isolados ou perambulavam pelas ruas.
c) O Brasil acompanhou a evolução da Psiquiatria que ocorria na Europa, uma vez que as escolas de medicina no país já existiam.
d) Os doentes mentais já possuíam atenção específica, em local adequado e com profissionais de saúde preparados para esta demanda.
e) Os psiquiatras brasileiros atuavam principalmente nas Santas Casas, que eram responsáveis pela atenção aos doentes mentais.

2. O fato que gerou a necessidade da criação de uma estrutura em saúde no Brasil, até então inexistente, foi:

a) A criação dos primeiros hospitais.
b) A construção do Hospital de Pedro II.
c) A Independência do Brasil.
d) A Revolução Psiquiátrica.
e) A chegada da Família Real portuguesa.

3. No Brasil, em 1830, como dissemos, ainda não havia tratamento específico para os doentes mentais. A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro mobilizou-se em torno do lema: "Aos loucos, o hospício!". Os médicos da época se indignaram com o fato de os doentes mentais serem tratados como criminosos, sem a possibilidade de receberem tratamento. Tal movimento culminou na criação do Hospício de Pedro II. Acerca dos fatos relatados julgue as sentenças a seguir:

I. Era uma intenção da sociedade daquela época organizar, disciplinar e normalizar a cidade em busca de salubridade.
II. A Sociedade de Medicina, ao sugerir a criação de um espaço próprio para doentes mentais, foi fortemente influenciada pelas ideias de Pinel.
III. Segundo os médicos da época, o manicômio seria um abrigo para os desvalidos, no entanto, o foco seria somente asilar, uma vez que os tratamentos para doentes mentais eram inexistentes.

Está correto o que se afirma em:

a) A criação dos primeiros hospitais.
b) A construção do Hospital de Pedro II.
c) A Independência do Brasil.
d) A Revolução Psiquiátrica.
e) A chegada da Família Real portuguesa.

Referências

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 66-78, jan./jun. 2011. Disponível em: http://observasmjc.uff.br/psm/uploads/26-_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf. Acesso em: 1 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 1 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica** - Saúde Mental. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 1 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica** - Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 1 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica** - Saúde Mental. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 1 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da loucura**. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/hna.html#nogo. Acesso em: 4 mar. 2016.

BRITTO, I. A. G. S. **Saber fazer x doença mental**. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo,1999.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

LOUZÂ NETO, M. R. *et al*. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. A. **Reforma psiquiátrica no Brasil**: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf. Acesso em: 14 mar. 2016.

MIRANDA-SÁ JUNIOR. L. S. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf. Acesso em: 1 jun. 2016.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, VII, 1, p. 128-141, 2004. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/2330/233017778012.pdf. Acesso em: 1 jun. 2016.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: EGK, 2014.

VIDEBECK, S. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

Unidade 2

Abordagem, acolhimento e diagnóstico de transtornos mentais

Convite ao estudo

Prezado aluno, bem-vindo à Unidade 2! Nesta unidade você conhecerá as concepções psicanalítica e psiquiátrica de doença mental. Verá também que ambas as disciplinas tratam de modo distinto as psicopatologias e, por isso, podem se complementar no diagnóstico e tratamento do paciente portador de transtorno mental. O objetivo é torná-lo apto a conhecer a gênese e o manejo de indivíduos com transtornos mentais e, com isso, desenvolver, enquanto competência geral, o conhecimento sobre as psicopatologias e os psicofármacos em saúde mental. A unidade aborda, ainda, as questões relativas à dependência química e à assistência de enfermagem a esta população; apresenta o modo como a assistência de enfermagem se dá no âmbito dos transtornos de ansiedade alimentar e de humor; e apresenta a assistência de enfermagem nos transtornos de psicose.

Qual a importância de conhecer os quadros psicopatológicos, tanto do ponto de vista psiquiátrico quanto psicanalítico? Quais os principais sinais e sintomas que os portadores de doenças mentais manifestam em seu comportamento? Além disso, como as drogas lícitas e ilícitas agem no organismo do sujeito e que prejuízos traz a sua vida familiar, profissional e social? Todas essas questões farão parte do universo de trabalho, por isso, é importante conhecer o papel da assistência de enfermagem ao sujeito portador de doenças mentais e dos dependentes químicos.

Para aproveitar melhor, nesta unidade será apresentada uma situação hipotética que o ajudará a compreender a aplicação dos conteúdos em questão no cotidiano de trabalho do profissional de enfermagem. Então, imagine que uma importante escola pública adota o sistema de educação inclusiva. Isso significa que entre seus alunos há pessoas com transtornos psíquicos, nos mais variados graus, convivendo com professores e alunos que não apresentam doença mental. Esta escola mantém estreita relação com o CAPS e, entre os profissionais deste centro de atenção psicossocial, Ricardo, estagiário de enfermagem, atua nesta escola no período matutino e faz a ligação entre as demandas da escola e o trabalho que o CAPS disponibiliza nesse local. Ricardo recebeu a missão de preparar uma apresentação para o

CAPS sobre a psicanálise. A escola em questão valoriza a visão psicanalítica e solicita que esta abordagem seja observada no trabalho realizado com seus alunos. Ajude Ricardo a preparar a apresentação. Para tanto, concentre-se no surgimento da psicanálise, sua principal contribuição e no modelo de estrutura psíquica.

Avante!

Seção 2.1

A psicanálise e a compreensão da psicopatologia

Diálogo aberto

Antes de iniciarmos, vamos retomar o desafio que foi lançado a Ricardo. A escola Ruy Barbosa valoriza a visão psicanalítica e solicita que esta abordagem seja observada no trabalho realizado com seus alunos. Portanto, Ricardo precisa preparar uma apresentação para o CAPS sobre a psicanálise e você deverá ajudá-lo. Para tanto, concentre-se no surgimento da psicanálise, sua principal contribuição e no modelo de estrutura psíquica. Todos estes temas estabelecem conexão com os assuntos tratados na unidade anterior, portanto, aproveite para revê-los e estabelecer relações entre as duas unidades. Tudo isso contribuirá para ampliar sua compreensão sobre esse campo de estudo.

Não pode faltar

Conforme já foi apresentado, a Psiquiatria é uma disciplina do campo da medicina que trata das doenças mentais por meio de medicamentos. No entanto, as psicopatologias solicitam um olhar que transcenda o tratamento dos sintomas. Faz-se necessário compreendê-las a partir das causas e do funcionamento da psique, ou seja, do funcionamento do conjunto de processos psíquicos que constituem a personalidade, como propõe a psicanálise.

A psicanálise foi fundada pelo médico neurologista Sigmund Freud, no século XIX, em Viena – Suécia. A formação acadêmica de Dr. Freud aponta que suas atividades profissionais foram fundamentadas nas concepções positivistas que predominavam em sua época. Contudo, desbravou um campo até então desvalorizado e ignorado. Como resultado, apresentou a existência de uma dinâmica inconsciente, regida por leis e fenômenos próprios.

A psicanálise é um conjunto de técnicas e teorias que busca compreender a personalidade a partir dos conteúdos reprimidos no inconsciente. Busca, também, entender as psicopatologias e suas causas ao compreender o funcionamento da psique. Portanto, prioriza o conjunto de processos psíquicos que constituem a personalidade do sujeito.

O sujeito psicanalítico é o homem dotado de desejo e subjetividade, portanto, uma pessoa que tem um modo particular/singular de compreender

a si próprio, o outro e o mundo, o que é considerado no diagnóstico e no tratamento psicanalítico.

A psicanálise não adota o modelo psiquiátrico e seus manuais de classificação. Como verbalizado pelo próprio Freud (1938 *apud* ZIMERMAN, 1999) em entrevista à rádio BBC de Londres, recusar a compreensão sobre a mente humana que predominava em sua época e apresentar uma teoria que privilegia a subjetividade do sujeito custou-lhe imensamente:

> "Comecei minha vida profissional como neurologista, tentando aliviar os meus pacientes neuróticos. Eu descobri alguns fatos novos e importantes sobre o inconsciente. Dessas descobertas, nasceu uma nova ciência: a psicanálise. Eu tive de pagar caro por esse pedacinho de sorte. A resistência foi forte e implacável. Finalmente eu consegui. Mas, a luta ainda não terminou [...].

A psicanálise cultiva a escuta do sujeito e valoriza sua subjetividade. A fala do paciente, somada ao conjunto de sintomas que apresenta, constituem o material a partir do qual a psicanálise busca entender os conteúdos inconscientes e a origem das psicopatologias (GABBAY; VILHENA, 2010). O tratamento psicanalítico centra-se em interpretar (revelar) aspectos inconscientes que determinam o comportamento do sujeito com o objetivo de integrar os diversos aspectos de sua personalidade.

Vocabulário

- **Mecanismos de defesa**: diferentes tipos de operações em que a defesa (do ego contra a angústia) pode ser especificada.
- **Pulsão**: estado de tensão, pressão ou força, cujo objetivo é suprimir o estado de tensão/desprazer.
- **Subjetividade**: modo particular ou singular de compreender a si próprio, o outro e o mundo.

Fonte: adaptado de Laplanche e Pontalis (1992).

Uma importante contribuição da escola psicanalítica foi apontar que a distância entre normal e patológico não é tão grande quanto até então se acreditava. Ao buscar estabelecer uma distinção entre normal e patológico, a psicanálise apresenta um indicativo: o sintoma. Este aspecto é compreendido como um estado de sofrimento do qual o sujeito quer livrar-se por percebê-lo

como um corpo estranho a si (ZIMERMAN, 1999). Para a psicanálise, a origem do sintoma encontra-se nas pulsões sexuais e agressivas recalcadas. Este referencial teórico entende que a personalidade compreendida normal pode ser tanto um estado transitório quanto momentâneo ou prolongado. Deste modo, qualquer sujeito considerado normal pode ingressar no estado patológico como também um portador de doença mental pode retornar ao estado normal da personalidade. O conceito de normalidade deve considerar as características individuais e, também, o contexto no qual o sujeito está inserido (BERGERET, 2006).

As síndromes psicopatológicas são resultado de um jogo dialético entre as relações objetais, as ansiedades e os tipos de mecanismos de defesa que o ego utiliza. Tais síndromes estão agrupadas em neuroses, psicoses e perversões. No entanto, antes de iniciar a trajetória rumo ao universo das doenças mentais, faz-se necessário conhecer os princípios do psiquismo e outros termos centrais na obra de Freud. Compreendê-los é essencial para elaborar um diagnóstico preciso. De acordo com Zimerman (1999), estes conceitos explicam a lógica de diversos princípios que agem simultaneamente, mantêm interação entre si e estão presentes nos quadros psíquicos.

Quadro 2.1 | Princípios do psiquismo e outros termos psicanalíticos

Termo	Conceito
Libido	Energia ou pulsão sexual.
Princípio do prazer	Quando a pulsão demanda gratificação imediata, sem considerar a realidade exterior.
Princípio da realidade	Forma par e modifica o princípio do prazer. Evita a satisfação do prazer pelos caminhos mais curtos (buscado pelo princípio do prazer). Encontra desvios e adia a satisfação do prazer ao considerar condições impostas pelo mundo exterior.
Narcisismo	Termo inspirado no mito grego de Narciso; é o amor pela imagem de si mesmo.
Narcisismo primário	Estado mental precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma, antes de escolher objetos exteriores.
Narcisismo secundário	Retorno ao ego da libido retirada dos investimentos no objeto.
Zona erógena	Qualquer região do corpo suscetível de tornar sede de uma excitação de tipo sexual.

Fonte: Laplanche e Pontalis (1992); Zimerman (1999).

Outro conceito fundamental para compreender e identificar os sintomas psicopatológicos é o de mecanismo de defesa. São diferentes tipos de operações em que a defesa do ego (da angústia) pode ser especificada.

Quadro 2.2 | Mecanismos de defesa

Mecanismos de defesa	Definição
Fantasia	Roteiro imaginário que representa a realização de um desejo. Pode ser consciente (sonhos diurnos) ou inconscientes.
Introjeção	O sujeito faz passar (de modo fantasístico), um objeto ou características, inerentes a ele de fora para dentro.
Negação	Processo pelo qual o sujeito continua a defender-se de um pensamento ou sentimento até então recalcado, negando que lhe pertença.
Projeção	Operação pela qual um fato neurótico é deslocado e localizado no exterior, geralmente localizado no outro.
Recalque	Operação psíquica pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens e recordações) ligadas a uma pulsão. Aparece muito claramente na histeria.

Fonte: adaptado de Laplanche e Pontalis (1992).

Para Freud (1916), a personalidade é construída ao longo da vida do sujeito a partir da influência de fatores genéticos, das experiências emocionais da infância, relativas aos pais ou suas figuras substitutas, e das experiências traumáticas da vida adulta. Para Freud (1905 *apud* ZIMERMAN, 1999), a personalidade é construída por meio do desenvolvimento psicossexual, o que se dá em sucessivas fases: oral, anal, fálica, latência e genital.

A fase oral é a primeira fase da organização da libido e vai do nascimento ao segundo ano de idade, quando a zona erógena é a boca e o sistema aerodigestivo. Sua principal função, além da gratificação pulsional, é incorporação do mundo externo ao mundo interno do bebê e a identificação com a mãe ou com o(a) cuidador(a) do bebê. Nessa fase o bebê leva à boca a maioria dos objetos que estão ao seu alcance com a finalidade de aplacar (acalmar) angústias ou desconfortos, como: fome e sede.

A fase anal do desenvolvimento psicossexual ocorre entre os dois e três anos de idade. A zona erógena localiza-se nas mucosas excretórias, responsáveis pela micção e evacuação. Estes eventos são entendidos como agressividade contra os pais ou , ainda, como uma forma de presenteá-los, além de manifestar controle, onipotência, humilhação e fortalecimento da autoestima. Concomitantemente, o bebê começa a falar e controlar a motricidade,

demonstra curiosidade para entender o mundo e passa a obter prazer ao controlar os esfíncteres, durante o treino à toalete. A criança descobre a capacidade de dizer "não", treina a separação e a adivinhação. Desenvolve sentimentos sádicos, masoquistas, ambivalentes, como também os conceitos de poder e propriedade privada.

A fase fálica ou edípica ocorre dos três aos cinco anos de idade, período em que a fonte de excitação encontra-se nas mucosas genitais do pênis e do clitóris. Quando não bem elaborados contribuem diretamente para o surgimento de psicopatologias. O principal evento que caracteriza esta fase é o Complexo de Édipo. Trata-se dos desejos amorosos e hostis da criança em relação aos pais. Na forma positiva, a criança direciona o desejo sexual em relação ao genitor do sexo oposto e o desejo de morte ao genitor do mesmo sexo, pois este é visto como um rival.

Exemplificando

Qual fase? Fálica? é muito comum as crianças acordarem à noite e mudarem para a cama de seus pais, o que representa, simbolicamente, o desejo inconsciente de separá-los se colocando entre eles. É, portanto, uma forma de enfrentar seu rival.

Na forma negativa, a criança nutre sentimentos amorosos pelo genitor do mesmo sexo e ciúme ou desejo de desaparecimento em relação ao genitor do sexo oposto. Esta experiência dá origem a formação do superego decorrente da culpa originada pelo temor a castração (simbólica) pelo pai com quem a criança rivalizou em sua fantasia. A castração representa a interdição ou limites impostos pelo pai e necessários para frear os impulsos do id, quando são excessivos e inadequados ao meio social.

Na fase de latência ocorre a repressão da sexualidade infantil, algo correspondente à amnésia relativa às experiências vividas. Acontece a partir dos seis anos de idade e vai até a puberdade (FREUD, 1996). Seu início coincide com o ingresso na escola (ou alfabetização) quando a criança volta seu interesse para a socialização, atividades esportivas e artísticas, além da aquisição de conhecimento. Há sublimação dos impulsos sexuais, cuja função é defender o ego de intensa angústia. A criança desenvolve a concepção de moral e o superego se manifesta por meio da adoção de regras sociais.

Por fim, a fase genital é o período que compreende a puberdade e a adolescência, quando os impulsos sexuais adormecidos no período de latência despertam com intensidade e são dirigidos ao outro (o objeto). A identidade sexual, definida durante o Complexo de Édipo, permitirá ao sujeito fazer

escolhas fora do ambiente familiar. Para Freud (1996), a identidade heterossexual é proveniente da forma positiva do Complexo de Édipo e a identidade homossexual advém da forma negativa do Complexo de Édipo.

De acordo com Zimerman (1999), em 1900 Freud, desenhou a primeira tópica (ou modelo) do aparelho psíquico e, em 1920, apresentou a segunda tópica porque entendia que o primeiro modelo do aparelho psíquico (compreende o consciente, pré-consciente e inconsciente) não explicava diversos fenômenos. A segunda tópica do aparelho psíquico é constituída pelo id, ego e superego. O id é a instância psíquica regida pelo princípio do prazer e busca satisfação imediata, observando somente a parte instintiva e primitiva da mente. O ego desenvolve-se a partir do id em função da persistente influência das demandas do mundo externo e da necessidade de adaptação ao mesmo. Exerce a função de mediador entre as demandas do id e do superego. O superego, por sua vez, é a instância psíquica que se desenvolve a partir das normas e regras que a criança aprende com seus pais ou cuidadores. Consequentemente, é o responsável pela culpa, angústia e medo de punição. Representa o lado mais rígido e castrador da mente. Deste modo, a estrutura psíquica é constituída por um conjunto de elementos ou instâncias (id, ego e superego) com funções específicas e distintas que interagem permanentemente e se influenciam reciprocamente.

Reflita

Ao deixar uma conferência, perguntaram a Freud como ele definiria uma pessoa madura. Apesar de todos esperarem uma resposta de difícil compreensão, ouviram algo aparentemente simples. Freud disse que a pessoa madura é aquela capaz de trabalhar e amar ao mesmo tempo. Como essa pergunta pode ser explicada a partir do referencial psicanalítico? Reflita!

Amar é uma condição que envolve questão fisiológicas ou instintos primitivos representados pelo id. A importância do trabalho na vida do homem é determinada por convenção social ou regras representadas pelo superego. Portanto, a fala de Freud indica que a saúde psíquica/maturidade diz respeito à capacidade do ego conciliar de modo equilibrado as demandas do id e do superego.

Sem medo de errar

Ricardo, o estagiário de enfermagem do CAPS, que atua na escola Ruy Barbosa e faz a ligação entre as demandas desta escola e o trabalho que o

CAPS disponibiliza nesse local, recebeu a missão de preparar uma apresentação sobre a psicanálise, pois seus colegas querem conhecer melhor essa teoria que a escola defende com empolgação. Ajude Ricardo a preparar a apresentação para o CAPS. Para tanto, concentre-se no surgimento da psicanálise, sua principal contribuição e no modelo de estrutura psíquica.

Atenção

Lembre-se de que a psicanálise não prescreve medicamentos. Atua a partir da fala do paciente (expressão de seus conflitos, subjetividades e sintomas) e busca, por meio da palavra, apontar os diversos aspectos que causam ou sustentam as doenças mentais, seus sintomas e o comportamento do paciente.

A psicanálise foi criada pelo médico neurologista Sigmund Freud, no século XIX, em Viena – Suécia. Trata-se de um conjunto teórico e de técnicas psicoterápicas que tomam a dinâmica do inconsciente, regida por leis e fenômenos próprios, como o ponto central de seu trabalho clínico. Freud localizou a existência de uma dinâmica inconsciente, regida por leis e fenômenos próprios. O inconsciente foi a grande contribuição da psicanálise e é o ponto que a diferencia das demais escolas de psicologia.

Para a psicanálise, o sujeito – o homem – é dotado de desejo e subjetividade, portanto, tem um modo particular de compreender a si próprio, o outro e o mundo e isso deve ser considerado no diagnóstico e no tratamento psicanalítico. Entende que a personalidade é construída ao longo da vida do sujeito a partir da influência de fatores genéticos, das experiências emocionais da infância, relativas aos pais ou suas figuras substitutas e das experiências traumáticas da vida adulta.

A personalidade decorre da estrutura psíquica do sujeito, formada pelo aparelho psíquico. Este, por sua vez, é constituído pelo id (representante das pulsões mais primitivas); pelo ego, que tem a função de mediar as demandas das outras duas instâncias; e pelo superego, instância psíquica que se desenvolve a partir das normas e regras que a criança aprende com seus pais ou cuidadores. A estrutura psíquica é constituída, portanto, por esse conjunto de elementos ou instâncias (id, ego e superego) com funções específicas e distintas que interagem permanentemente e se influenciam reciprocamente.

O olhar psicanalítico para a doença mental

Descrição da situação-problema

Ricardo, o estagiário de enfermagem do CAPS que atua na escola Ruy Barbosa fez uma apresentação para CAPS sobre a psicanálise. No entanto, a equipe quer saber a forma como a psicanálise compreende a doença mental. Ajude Ricardo a preparar uma segunda e complementar apresentação. Para tanto, concentre-se no conceito de sintoma e estabeleça uma relação entre sintoma e personalidade.

Lembre-se

O sujeito psicanalítico é o homem dotado de desejo e subjetividade, portanto, uma pessoa que tem um modo particular/singular de compreender a si próprio, o outro e o mundo, o que é considerado no diagnóstico e no tratamento psicanalítico.

Resolução da situação-problema

A psicanálise não adota o modelo psiquiátrico e seus manuais de classificação. Cultiva a escuta do sujeito e valoriza sua subjetividade. A fala do paciente, somada ao conjunto de sintomas que apresenta, constituem o material a partir do qual a psicanálise busca entender os conteúdos inconscientes e, consequentemente, a origem das psicopatologias (GABBAY; VILHENA, 2010). Entende que as doenças mentais apresentam sintomas que caracterizam um quadro de transtorno e funcionamento psíquico inadequado, implicando sofrimento ao paciente. Para tratá-las de modo mais amplo, integrando aspectos físicos aos psíquicos, faz-se necessário compreendê-las a partir das causas e do funcionamento da psique.

Para a psicanálise, a personalidade normal pode ser tanto um estado transitório quanto momentâneo ou prolongado. Qualquer sujeito considerado normal pode ingressar no estado patológico como também um portador de doença mental pode retornar ao estado normal da personalidade. O conceito de normalidade deve considerar as características individuais e, também, o contexto no qual o sujeito está inserido, enquanto as síndromes psicopatológicas são resultado de um jogo dialético entre as relações objetais, as ansiedades e os tipos de mecanismos de defesa que o ego utiliza. Tais síndromes estão agrupadas em neuroses, psicoses e perversões.

Faça você mesmo

Uma importante contribuição da escola psicanalítica foi apontar que a distância entre normal e patológico não é tão grande quanto até então se acreditava. Ao buscar estabelecer uma distinção entre normal e patológico, a psicanálise apresentou um indicativo: o sintoma. Retorne ao texto e identifique o conceito de sintoma.

Faça valer a pena

1. Marque a alternativa que conceitua psicanálise:

a) Busca do conhecimento do ego.
b) Um complemento da Psiquiatria.
c) Uma atividade apropriada somente para a Viena do século XIX.
d) Conjunto teórico e de técnicas centrado nos conteúdos inconscientes.
e) Um tratamento alternativo à medicina tradicional.

2. Marque a alternativa que indica o fator que diferencia o tratamento psiquiátrico do tratamento psicanalítico:

a) Medicamento X verbalização dos sintomas e da subjetividade.
b) Medicamento alopático (vendido nas farmácias) X medicamento homeopático.
c) Internação X psicoterapia em consultório.
d) Tratamento grupal X tratamento individual.
e) Medicamento X tratamento alternativo.

3. Marque a alternativa que indica a origem dos sintomas, segundo a psicanálise:

a) Na forma como os pais cuidam do recém-nascido.
b) Nas demandas do id.
c) Pulsões sexuais e agressivas recalcadas.
d) Nos conflitos gerados pela impossibilidade de realizar os desejos.
e) No Complexo de Édipo.

Seção 2.2

Introdução à visão psicanalítica e assistência de enfermagem em dependentes químicos

Diálogo aberto

Caro aluno! Vamos iniciar uma nova busca por conhecimento. Na seção passada você conheceu a diferença no modo como a psiquiatria e a psicanálise compreendem a doença mental. Conheceu importantes termos psicanalíticos relativos à psique, ao funcionamento do aparelho psíquico e aos mecanismos de defesa. Agora iremos discorrer sobre a relação entre o surgimento da enfermagem, a psiquiatria e a assistência ao dependente químico. Serão apresentados os conceitos de droga e dependência química, bem como o diagnóstico e a importância de adesão ao tratamento. Será apresentado, também, de que forma a psicanálise e a medicina tratam a questão, além do modo como o profissional de enfermagem pode atuar na assistência ao usuário dependente químico. Como pode ser observado, os temas da Seção 2.1 e 2.2 estão diretamente relacionados. Portanto, é importante retomar a seção anterior para facilitar a leitura do texto apresentado a seguir. Consulte-a.

Vamos iniciar nossas atividades lembrando da situação hipotética apresentada no começo da unidade. Foi colocado que a escola Ruy Barbosa adota o sistema de educação inclusiva e mantém estreita relação com o CAPS. Entre os profissionais deste centro de atenção psicossocial, Ricardo, estagiário de enfermagem, atua na escola e também faz a ligação entre as demandas da instituição e o CAPS. A professora Cristina solicitou a ajuda de Ricardo porque um de seus alunos é usuário de crack e tem chegado à escola sob o efeito dessa substância. Bernardo tem 14 anos e ultimamente apresenta muita agitação em seu comportamento. Seus colegas têm reclamado do sumiço de objetos e dinheiro, além de dirigir comentários agressivos e discriminatórios a Bernardo. Sabe-se que seu pai é alcoólatra e sua mãe trabalha, portanto, o adolescente fica sozinho a maior parte do dia. Ajude Ricardo a montar uma estratégia de intervenção para a situação que a professora Cristina lhe apresentou. Recorra ao conteúdo apresentado até este ponto e ao que será mostrado nessa seção. Vamos lá?

Não pode faltar

No Brasil, por muitos anos, a enfermagem não era reconhecida como uma profissão, era exercida por voluntários – leigos – orientados pelos

sentimentos de submissão e obediência. Essas pessoas desenvolviam suas funções nas Santas Casas de Misericórdia e o ensino informal era transmitido oralmente pelas freiras. Em 1890 foi criada, no Rio de Janeiro, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Como o próprio nome sugere, a escola surgiu orientada para formar profissionais que atuariam em hospitais psiquiátricos (BARROS, 2000; MACHADO, 1978 *apud* REINALDO; PILLON, 2007).

A origem da enfermagem no Brasil está, portanto, diretamente atrelada à instituição psiquiátrica e subordinada à medicina. Concomitantemente, a assistência aos dependentes químicos sempre esteve relacionada à assistência psiquiátrica. No entanto, em 1990, a Declaração de Caracas determinou que a atenção psiquiátrica primária em saúde observasse o modelo centrado na comunidade, enfraquecendo, deste modo, a hegemonia do hospital psiquiátrico ao permitir que o usuário permanecesse em seu território ao longo do tratamento. Contudo, somente no ano de 2002 foram fundados, pelo Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) direcionados a usuários com transtornos originados pelo uso e dependência de substâncias psicoativas. De acordo com Pereira e Carvalho (2016), o CAPS AD tem como missão organizar e articular a atenção ao usuário de álcool e demais drogas por meio de serviço ambulatorial e hospital dia, cuja orientação segue os princípios da interdisciplinaridade e da integralidade. Este serviço prevê equipe mínima de saúde, com a presença do enfermeiro (VARGAS; DUARTE, 2011).

Atualmente, a enfermagem psiquiátrica vive a transição da prática de cuidado hospitalar – que priorizava conter comportamentos característicos dos doentes mentais – para a incorporação de novos princípios constituídos a partir da prática interdisciplinar aberta às demandas dos usuários.

A enfermagem psiquiátrica é alvo de críticas que apontam a precária formação do profissional que atua nessa área. De acordo Reinaldo e Pillon (2007, p. 691):

> “As escolas de graduação em Enfermagem, na sua grande maioria, ao desconsiderar nos conteúdos programáticos o processo saúde-doença como determinante e determinado pelas condições de vida da população e o desenvolvimento de ações coletivas e individuais, reforçam a prática profissional, socialmente ineficaz da Enfermagem.

Os autores defendem que a formação do profissional da enfermagem deve priorizar o usuário inserido em um contexto de saúde em transformação, a parceria de diferentes atores sociais e a atuação interdisciplinar.

Em suma, a assistência ao dependente químico está inserida na clínica psiquiátrica cujo tratamento oferecido, pela rede pública da saúde, se dá por meio de um trabalho realizado por equipe interdisciplinar, incluindo o profissional de enfermagem.

Para o senso comum, as drogas são classificadas como lícitas (comercializadas legalmente na sociedade, como álcool e medicamentos) e ilícitas (proibidas por lei, como maconha, cocaína, crack, entre outras). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é qualquer substância natural ou sintética introduzida no organismo. Atua diretamente no cérebro e muda seu funcionamento, altera as sensações, o humor, a consciência, o estado emocional, as funções psíquicas e o comportamento do sujeito. Para a psicanálise, o consumo de droga é alimentado pela ideia de buscar um paliativo que permita suportar o sofrimento e as dificuldades presentes na vida cotidiana.

O modo de vida contemporâneo estimula o consumo e a busca imediata do prazer. Valoriza as aparências (sair bem nas fotos postadas nas redes sociais) e fortalece a ideia de que as relações devem ser rompidas rapidamente ao primeiro sinal de frustração ou dificuldade. O consumo de drogas surge, então, como um refúgio em um "lugar" sem frustração, limites, dor ou angústia. Ao contrário, é apresentado como uma via para obtenção imediata do prazer unida à falsa ideia de controle absoluto por parte do usuário/consumidor, o que pode ser observado no discurso de vários dependentes químicos "paro quando quiser". Deste modo, o consumo de drogas configura-se como um sintoma de uma sociedade imediatista em busca de fórmulas que funcionem "em um passe de mágica", sem dor ou sofrimento, transportam o sujeito para um lugar sem tristeza, limites e responsabilidades. Lugar este que somente existe em um mundo psíquico povoado de fantasias, resultado de imatura psíquica.

A medicina, por sua vez, classifica as drogas em função do modo como agem no cérebro e modificam a atividade do sistema nervoso central (SNC). são denominadas depressoras, estimulantes e as que provocam alucinações. A seguir, listamos sinais e sintomas provocados por cada tipo de droga.

Quadro 2.3 | Drogas: tipos características e sintomas

Titulo	Titulo	Titulo
Depressoras (Benzodiazepínicos, opiáceos, indutores de sono e a anestesia).	O SNC funciona mais lentamente.	Sonolência.
Estimulantes (Cocaína, anfetaminas, nicotinas, crack, entre outras).	Aceleram o funcionamento do SNC.	Agitação, excitação, insônia, perda de peso, aumento de energia.
Alucinógenas ou perturbadoras (Maconha)	Distorcem o funcionamento do cérebro.	Alucinações, delírios, alterações na capacidade de discriminar medidas de tempo e espaço.

Fonte: adaptado de Petry (2015).

Além dos sintomas físicos, o consumo de drogas provoca prejuízos psiquiátricos, sociais, familiares, afetivos e a capacidade produtiva ou de trabalho. Trata-se, portanto, de um problema social que demanda assistência especializada, multidisciplinar e integral. Contudo, o tratamento do sujeito usuário de drogas é um processo longo e complexo. Requer a participação da família dos usuários e deve ter enquanto meta reabilitar o sujeito e propiciar sua reinserção à sociedade.

Exemplificando

O dependente químico pode apresentar, além da dependência em si, transtorno mental, como a psicose. Em decorrência de seu quadro geral causará danos à estrutura familiar, uma vez que pode ser agressivo e distanciar-se afetivamente com familiares (prejuízo às relações familiares), pode perder o trabalho e não raro envolve-se com delinquência para prover o consumo da droga (prejuízo social).

Alguns autores diferenciam o uso nocivo da dependência química. Para Petry (2015, p. 13), essa distinção dá-se pelo padrão de consumo e as consequências que o consumo provoca:

> “[...] O primeiro é caracterizado pela presença de danos físicos e mentais decorrentes do uso, no entanto, não há presença de complicações crônicas relacionadas ao consumo, como a

síndrome de abstinência, a cirrose hepática, desnutrição, entre outras. Já a dependência, é identificada a partir de um padrão de consumo constante e descontrolado, uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica, visando principalmente a aliviar sintomas de mal-estar e desconforto físico e mental, conhecidos por síndrome de abstinência. Frequentemente, há complicações clínicas, mentais e sociais concomitantes.

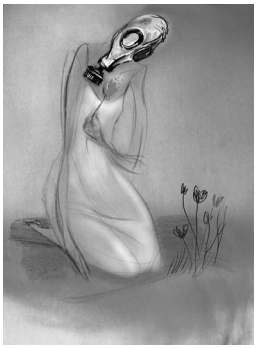
Esta diferenciação é essencial para o diagnóstico da dependência química e, consequentemente, para a obtenção de êxito nos cuidados prestados. O diagnóstico geralmente ocorre na entrevista inicial, quando o profissional da saúde observará o uso e/ou abuso de substâncias químicas. Este contato deve ser conduzido com clareza, objetividade, de modo amplo e simples. Além disso, alguns profissionais recorrem à aplicação de questionários e escalas para diagnosticar a existência ou não de dependência química. Verificar a presença frequente dos sintomas relacionados a seguir também indica o abuso de substâncias psicoativas: depressão, ansiedade, humor instável, irritabilidade exagerada, alterações da memória, faltas constantes ao trabalho, à escola e a compromissos sociais, alterações da pressão arterial, problemas gastrointestinais, história de trauma e acidentes frequentes, disfunção sexual, além das citadas no Quadro 2.3.

Importante número de dependentes químicos apresenta comorbidade. Segundo Alves & Cols (2004 *apud* SILVA, 2009), trata da existência de determinada patologia em concomitância com outra patologia, o que potencializa ambas as doenças reciprocamente. Entre os sujeitos dependentes químicos, é frequente o desenvolvimento de transtornos psíquicos como consequência do uso de drogas. Esses quadros dificultam o diagnóstico, uma vez que os sintomas de ambas as doenças se sobrepõem, podendo encobrir ou ressaltar sintomas de apenas uma das patologias.

Assimile

De acordo com Capistrano *et al*. (2013 *apud* FERREIRA *et al*., 2016), a dependência química é uma doença crônica proveniente de múltiplas causas e manifesta-se por meio de um conjunto de sintomas fisiológicos, mudança de comportamento e alterações cognitivas decorrentes do uso de substâncias psicoativas que provocam prejuízos em diversas áreas da vida do sujeito.

Figura 2.1 | Alusão à intoxicação



Fonte: iStock.

Reflita

Caso a maioria dos sujeitos dependentes químicos apresentam significativa dificuldade em relação à adesão ao tratamento, como o profissional da enfermagem pode contribuir para aumentar a adesão ao tratamento, uma vez que a demanda do usuário é também psíquica e social, além das questões físicas ou biológicas que apresentam?

Após o diagnóstico de dependência química, o passo decisivo para a obtenção de êxito é a aderência ao tratamento. De acordo com a OMS (2003), adesão é o grau de comprometimento do sujeito, o que será verificado por meio do comportamento adotado frente às recomendações acertadas com o prestador de cuidados de saúde, como: tomar o medicamento prescrito, seguir dieta alimentar, mudar o estilo de vida, entre outros. De acordo com Bordin *et al.* (2010), poucos dependentes químicos finalizam o tratamento, pois não conseguem reagir aos obstáculos que surgem no decorrer do tratamento, como o lapso e a recaída.

A enfermagem tem um papel relevante no tratamento e assistência do usuário dependente químico. De acordo com Silva Neto *et al.* (2014), o enfermeiro atua diretamente influenciando a adesão ao tratamento, além de realizar o planejamento de intervenções específicas por meio do levantamento dos diagnósticos de enfermagem. Desta forma, contribuirá para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação dos usuários em questão. Silva Neto *et al.* (2014, p. 1.032) justificam tal compreensão dizendo:

> “Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilita a aplicação dos conhecimentos técnicos,

levantamento dos problemas para tomada de decisão, registro e avaliação da assistência prestada, é um instrumento facilitador ao cuidado do paciente com dependência química [...]. A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) contém informações úteis às intervenções de enfermagem. Estes resultados mostram os indicadores do estado de saúde do paciente em um nível conceitual. Diante disso, contribui para uma avaliação rápida, como em casos de emergências e avaliação de resultados da assistência, permitindo um confronto com informações subjetivas coletadas durante a entrevista e observação, para que o enfermeiro elabore um plano de ações e cuidados individualizados e de qualidade aos clientes.

No entanto, pesquisas mostram que os profissionais da enfermagem reconhecem que a formação acadêmica não privilegia o preparo para atendimento de dependentes químicos. O tema não é abordado na medida necessária para a realização de um trabalho eficaz, desenvolvido sob o senso de segurança e confiança (VARGAS; DUARTE, 2011).

Sem medo de errar

Conforme apresentado no item Diálogo aberto, ajude Ricardo a montar uma estratégia de intervenção para Bernardo, um aluno de 14 anos usuário de crack. Seus colegas têm reclamado do sumiço de objetos e dinheiro, além de dirigir comentários agressivos e discriminatórios a Bernardo. Sabe-se que seu pai é alcoólatra e sua mãe trabalha, portanto, o adolescente fica sozinho a maior parte do dia. Recorra ao conteúdo apresentado até agora.

Atenção

O crack é um estimulante que acelera o funcionamento do sistema nervoso central (SNC). Entre os seus principais sintomas estão: agitação, excitação, insônia, perda de peso e aumento de energia. Vale ressaltar que o fato de ser adolescente requer o envolvimento e a permissão de seus pais na intervenção que será proposta por Ricardo.

Ricardo deve iniciar a intervenção realizando uma consulta com Bernardo para fazer o diagnóstico (relativo à dependência); identificar os motivos que levaram Bernardo a consumir drogas, e identificar as condições socioeconômicas em que vive, pois isso interferirá em seu tratamento. Em seguida, deve encaminhá-lo à consulta médica e realizar uma entrevista - em conjunto com o psicólogo e a assistente social do CAPS - com Bernardo e seus pais. Desta

forma, poderá enfatizar a importância do apoio familiar neste momento, estimulando as atividades escolares e mantendo uma vida social produtiva. Deve também identificar a possibilidade dos pais participarem mais do cotidiano de Bernardo. É importante que Ricardo reúna os profissionais para discutirem o caso e orientar a professora em relação à forma mais adequada de lidar com a situação em sala de aula, como, por exemplo, conversar com a classe sobre o que se passa com Bernardo e mobilizá-los a ajudar o colega nessa fase difícil de sua vida.

Avançando na prática

Saúde e Educação na prevenção do consumo de drogas

Descrição da situação-problema

A escola Ruy Barbosa tem alunos de todas as séries, do Ensino Fundamental ao Médio. Seu corpo docente preocupa-se com seus alunos em relação ao consumo de drogas. Por isso, solicitou que Ricardo os orientasse em relação ao combate do uso de drogas. Ajude Ricardo a programar uma ação de prevenção e combate ao uso de drogas para a escola Ruy Barbosa.

Lembre-se

A dependência química é um problema social que demanda assistência especializada, multidisciplinar e integral. Requer a participação da família dos usuários no tratamento e, também, no combate ao consumo de drogas.

Resolução da situação-problema

Ricardo deve apresentar um programa com abordagem multidisciplinar envolvendo, os diversos profissionais do CAPS e, assim, garantir que as variadas áreas da saúde participem. As ações serão divididas em função da faixa etária dos alunos para que as atividades observem a linguagem adequada para alcançar as crianças e para a interação interação com adolescentes. Essas ações devem contemplar o dinamismo e recursos visuais atrativos para transmitirem a mensagem de modo positivo. O estagiário deverá também elaborar ações voltadas à família dos alunos e uma palestra informativa aos professores e demais funcionários da escola com o objetivo de identificarem

os sintomas da dependência química e possibilitarem a intervenção na fase inicial do consumo de drogas, quando não for possível evitá-la. Desta forma contribuirá para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação dos alunos da escola Ruy Barbosa.

Faça você mesmo

Agora volte ao livro didático para relacionar os tipos de drogas, seus efeitos e os motivos que levam à dependência química.

Faça valer a pena

1. Em 1990 a Declaração de Caracas determinou que a atenção psiquiátrica primária em saúde observasse o modelo centrado na comunidade.

Marque a alternativa que indica a consequência direta causada pela Declaração de Caracas:

a) Aumento da procura de internações em hospitais especializados.
b) Enfraquecimento da hegemonia do hospital psiquiátrico.
c) A exclusão da participação da família no tratamento do usuário dependente químico.
d) O ingresso do profissional de enfermagem na equipe de saúde.
e) A comunidade substituiu a equipe de saúde.

2. O modo de vida contemporâneo estimula o consumo e a busca imediata do prazer. Valoriza as aparências e fortalece a ideia de que as relações devem ser rompidas rapidamente, ao primeiro sinal de frustração ou dificuldade.

Considerando o contexto apresentado marque a alternativa que indica o significado que o consumo de drogas tem para o dependente químico, de acordo com a visão psicanalítica:

a) O resgate do estilo de vida alternativo adotado pelo movimento hippie dos anos 1960.
b) O código necessário para ser aceito pelo grupo.
c) Não tem significado, pois trata-se de um ato impensado, sem reflexão.
d) Igualar-se ao grupo social adotando um comportamento comum na atualidade.
e) Um paliativo contra o sofrimento e as dificuldades presentes da vida cotidiana.

3. Marque a alternativa que diferencia o uso nocivo da droga da dependência química:

a) No uso nocivo não há presença de complicações crônicas relacionadas ao consumo.
b) Na dependência química não há presença de complicações crônicas relacionadas ao consumo.
c) No uso nocivo observa-se complicações como a cirrose hepática.
d) No uso nocivo observa-se a síndrome de abstinência.
e) Na dependência química não há problemas mentais e sociais concomitantes.

Seção 2.3

Assistência de enfermagem no transtorno de ansiedade e alimentar

Diálogo aberto

Vamos retomar nossa busca por conhecimento. Nesta seção você vai conhecer o modo como a assistência de enfermagem deve ocorrer diante de quadros de transtorno da ansiedade e alimentar. Para tanto, essas modalidades de transtornos psíquicos serão conceituadas e seus sintomas serão ressaltados. Você também conhecerá a visão psicanalítica sobre os quadros em questão.

No início desta unidade você tomou conhecimento que Ricardo, um estagiário de enfermagem, é o elo entre a escola Ruy Barbosa e o CAPS AD da região. Essa escola adota a educação inclusiva, o que significa ter alunos com diversos tipos de transtornos psíquicos e/ou dependência química. Além disso, a escola é adepta da psicanálise e solicita que esta corrente teórica e técnica seja considerada no trabalho realizado pela equipe do CAPS AD.

Recentemente, Ricardo atendeu uma adolescente que desmaiou em sala de aula. Bianca sentiu tontura e desfaleceu. Seus colegas dizem que ela não se alimentou no intervalo das aulas e que nos últimos meses sofreu visível perda de peso. Ao atendê-la, Ricardo constatou que a adolescente de 15 anos mede 1,76 m de altura e pesa 48 kg. Não se alimenta adequadamente, faz dieta - sem orientação especializada – sente-se obesa e insegura em relação aos garotos e às amizades. Agora, cabe a Ricardo se posicionar frente a esta situação. Em seu lugar, o que você faria? Ajude-o a elaborar um diagnóstico para a adolescente, o tratamento a ser indicado e alguma ação para a escola participar no combate a situações como essa.

Sucesso!

Não pode faltar

Os transtornos de ansiedade (TA) são quadros clínicos cujos sintomas são primários, portanto, não surgem em decorrência de outros quadros psiquiátricos. A ansiedade é patológica quando é desproporcional ou exagerada em relação ao estímulo que a desencadeou e compromete a qualidade de vida do sujeito, o equilíbrio emocional e a vida cotidiana (ALLEN; LEONARD;

SWEDE, 1995 *apud* CASTILLO, 2000). Andrade (2000 *apud* SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011) define ansiedade como:

> “[...] um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte das experiências humanas, podendo passar a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione, ficando entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral.

A ansiedade surge concomitante com outros problemas de saúde ou transtornos psíquicos (NINAN, 2001 *apud* AIRES-GONÇALVE; COELHO, 2015). Pode acometer tanto crianças quanto adolescentes e adultos. O neuroticismo e a afetividade negativa são sintomas que estão presentes nos diversos transtornos de ansiedade. Neuroticismo é a tendência a sentir emoções negativas diante de situações de estresse (EYSENCK, 1967; GRAY, 1982 *apud* CRASKE; BARLOW, 1999). De forma semelhante Watson e Clark (1984 *apud* CRASKE; BARLOW, 1999), definem a afetividade negativa, como a propensão a sentir diversas emoções negativas em variadas situações, ainda que na ausência de estímulos estressores concretos ou objetivos.

Os principais transtornos de ansiedade serão abordados na sequência, a saber: pânico, ansiedade generalizada, fobia social, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático.

O Transtorno do Pânico (TP) é uma síndrome severa que produz intenso sofrimento, compromete a qualidade de vida e as relações interpessoais do sujeito. Seus sintomas são: ataques súbitos de terror, percepção de perigo e ameaça constante. Diante desse quadro, o sujeito tem suas ações limitadas e não raro, restringe-se ao ambiente doméstico. Com frequência, observa-se a comorbidade com estados depressivos e uso de substâncias químicas, em especial o álcool. De acordo com Manfro (2012), o TP está associado com histórico de ansiedade na infância.

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) configura-se pela sensação de ansiedade subjetiva e persistente que dura aproximadamente seis meses, além da excessiva e incontrolável preocupação em relação a variados eventos cotidianos. Entre os sintomas do TAG estão inquietação, cansaço, dificuldade de concentração/lapsos de memória, tensão muscular, irritabilidade, perturbação do sono, tensão motora e hipervigilância. As crianças acometidas por TAG manifestam medo excessivo, preocupações ou sentimentos de pânico exacerbados e incoerentes com o ambiente em que vivem. Demostram tensão constante e têm dificuldade para relaxar. Manifestam

ansiedade como resposta a qualquer evento. Além disso, preocupam-se com o julgamento do outro em relação a seu desempenho nas diversas áreas da vida. Precisam demasiadamente que reforcem a confiança e as tranquilizem (CASTILLOS, 2000).

De acordo com Figueiredo e Barbosa (2008), fobia social (FS) é um transtorno caracterizado pelo medo acentuado e contínuo de ser visto se comportando de modo humilhante por demonstrar ansiedade ou qualquer outro comportamento inadequado. É um dos medos patológicos que mais limita a vida das pessoas. Para os autores, a fobia social é "[...] um transtorno de ansiedade grave, caracterizado pelo medo excessivo e pela elevada ansiedade antecipatória diante de situações a que o indivíduo se sente socialmente exposto". (FIGUEIREDO; BARBOSA, 2008, p. 111)

> "Portadores de FS, ao se expor a situações temidas, manifestam os seguintes sintomas: sudorese, rubor, palpitações e tremores, entre outros. É comum evitar falar em público, usar banheiro público, alimentar-se na presença de outras pessoas e interagir, o que limita a vida social e as possibilidades de relacionamentos afeitos desses sujeitos (MARKS; GELDER, 1966 *apud* LEVITAN, RANGÉ; NARDI, 2008).

A fobia social surge na adolescência, por isso, quando o tratamento começa nessa fase da vida, diminui o sofrimento do indivíduo e as perdas de oportunidade, minimizando a possibilidade de surgir comorbidade (ESSAU, CONRADT; PETERMANN, 1999 *apud* D'El D'EL REY *et al.*, 2006). O diagnóstico de FS é feito quando a manifestação intensa e contínua de ansiedade em ocasiões de exposição ao público é observada e acarreta perdas relativas à vida social, ocasionando o sofrimento ao sujeito (FALCONE, 2000 *apud* FIGUEIREDO; BARBOSA, 2008).

A agorafobia se manifesta por meio do comportamento de evitação ou apreensão constante em relação a situações que o sujeito percebe ser difícil escapar. Teme o surgimento de sintomas que poderiam constrangê-lo ou incapacitá-lo, como vômito ou perda do controle intestinal (CRASKE; BARLOW, 1999). Geralmente essas situações ocorrem em shopping centers, cinemas, viagem de carro e ônibus, em filas de espera e restaurantes lotados, especialmente quando o sujeito se encontra sozinho ou desacompanhado.

Exemplificando

Na agorafobia "leve", a pessoa hesita em dirigir sozinha por longas distâncias, mas consegue ir e voltar de carro para o trabalho. prefere se sentar nas cadeiras do corredor nos cinemas, mas segue indo ao cinema. Na agorafobia "moderada", a pessoa só dirige em um raio de 15 km de casa, e somente se estiver acompanhada, faz compras fora do horário de pico e evita grandes supermercados. A agorafobia "grave" está relacionada à mobilidade muito limitada, a ponto de não sair de casa". (CRASKE; BARLOW, 1999, p. 15).

Sobre o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), podemos afirmar que, no século XIX, a neurose obsessiva era classificada como mania sem delírio, loucura da dúvida, patologia da inteligência e classificada como psicose. De acordo com Lechaud (2007 *apud* LIMA; RUDGE, 2015), Sigmund Freud identificou a neurose obsessiva e a, partir disso, este transtorno deixou de pertencer ao rol das psicoses. Na atualidade, o TOC é caracterizado pela presença de obsessões, compulsões ou ambos os sintomas, provocando intenso e significativo sofrimento, e interfere na rotina do indivíduo, nos âmbitos laboral, social e familiar (APA, 2002 *apud* SILVA; FREITAS, 2013).

A obsessão é definida como pensamentos, ideias, imagens e impulsos irracionais e recorrentes que perturbam a mente do sujeito. Produz sofrimento, intensa ansiedade e temor da perda do controle sobre a própria vida, o que leva o indivíduo a recorrer a rituais ou ações que, na fantasia do portador desse transtorno, podem prevenir o surgimento de tais pensamentos ou minimizar a angústia decorrente dessas ideias intrusas e persistentes. A compulsão, segundo Laplanche e Pontalis (1992, p. 86), é uma "conduta em que o sujeito é levado a realizar por uma imposição interna". Geralmente os rituais obsessivos-compulsivos voltam-se para questões relativas à contaminação versus limpeza; ordenação e simetria; contar repetidas vezes; e acumulação ou colecionismo. Além dos rituais, um importante sintoma do TOC é a dúvida, o que Lima; e Rudge (2015) explicam a partir de Freud (1909/2013):

> "Segundo Freud, a dúvida como sintoma se amarra à percepção interna que o paciente tem de sua própria indecisão, decorrente do conflito entre o amor e o ódio e da incerteza acerca de seu próprio amor. Em razão do recalque, ela se difunde para tudo mais, deslocando-se para aquilo que é destituído de valor. O sujeito é levado a recorrer a medidas protetoras quanto à dúvida, repetindo-as continuamente como estratégia para banir a incerteza que o assola [...]".

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) configura-se por meio de reações de medo intenso que promovem a sensação de impotência ao sujeito em função de ter testemunhado ou confrontado eventos relativos a morte, ferimento ou ameaça à integridade física do outro. Manifesta-se ainda quando o sujeito conhece um diagnóstico de doença grave com risco de vida, o que funcionará como um estressor (BERGER, 2004 *apud* CATAÑO, 2011). De acordo com DSM IV (1994 *apud* CATAÑO, 2011), os sintomas desse transtorno apresentam a seguinte configuração: (1) revivescência do trauma por meio de sonhos, pesadelos ou imagens e sentimentos difíceis relativos ao evento traumático e são difíceis de serem controlados; (2) hiperestimulação autonômica que se manifesta por meio de irritabilidade, insônia, hipervigilância, e sobressalto excessivo diante de eventos de qualquer magnitude; (3) esquiva ao entorpecimento emocional – os sujeitos recorrem a estratégias emocionais e cognitivas, originando comportamentos que visam minimizar o terror e o sofrimento que emergiu na revivescência do trauma e pelos sintomas e hiperestimulação autonômica a este associadas. Esses sintomas dão origem a comportamentos específicos, como: entorpecimento emocional (desânimo) e anestesia emocional (desligamento ou alheamento), também conhecida como numbring.

Para a psicanálise, a ansiedade está atrelada ao sofrimento psíquico gerado pela presença de uma discórdia interna e surge quando a libido não obtém satisfação. Para Freud (1915-1946, p. 404): "Não é possível, a princípio, discernir como a ansiedade surge da libido; apenas podemos reconhecer que a libido está ausente e que a ansiedade está em seu lugar".

De acordo com Aires-Gonçalves; e Coelho (2015), o obstáculo encontrado na elaboração do diagnóstico dos transtornos de ansiedade encontra-se no modo como os sintomas somáticos costumam camuflar os sintomas psíquicos. O tratamento dos diversos TAs tem como objetivo a remissão dos sintomas físicos e psíquicos e a reabilitação psicossocial. Requer duração mínima de doze meses e deve reunir, concomitantemente, farmacoterapia (benzodiazepinas, buspirona e antidepressivos), psicoterapia e técnicas psicoeducativas, pois este conjunto de recursos aumenta a adesão ao tratamento (NINAN, 2001; POLLACK, 2001 *apud* AIRES-GONÇALVES; COELHO, 2015). Contudo, quando o sujeito apresenta mais de um transtorno concomitantemente, o prognóstico de remissão é menos favorável e o impacto em sua qualidade de vida é mais severo (WELKOWITZ *et al.*, 2000 *apud* HEMANNY; SENA; DUNNINGHAM, 2014).

Os transtornos alimentares (TA) não são explicados por uma única etiologia. São compreendidos a partir de múltiplos fatores como: componentes biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares

(AMBULIM, 2011 *apud* KAWASHIMA; RUMIN, 2011). Os transtornos alimentares tornam-se fatores de risco ainda mais graves quando se manifestam na adolescência e na gravidez, períodos estes que normalmente já produzem profundas modificações corporais (ANDERSEN; RYAN, 2009 *apud* SANTOS *et al.*, 2013). A autoestima de sujeitos com TA é fortemente abalada pela percepção confusa que têm sobre as formas corporais. Esses distúrbios afetam, em maior número, adolescentes e jovens do sexo feminino. Provocam perdas biopsicossociais e são responsáveis por importante taxa de mortalidade, o que pode ocorrer por inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico, que significa níveis de sódio, potássio e/ou cálcio anormais. (HAY, 2007 *apud* OLIVEIRA-CARDOSO; ZUBEN; SANTOS, 2014).

De acordo com o DSM-IV (2002), a anorexia nervosa (AN) é caracterizada pela presença de: recusa em manter o peso corporal adequado à idade e altura; forte medo de ganhar peso, mesmo estando abaixo do peso normal; distorção na forma como vivencia o peso ou a forma do corpo, o que provoca sofrimento e; amenorreia em mulheres pós-menarca. Há dois tipos AN: anorexia nervosa restritiva, caracterizada pelos longos períodos de jejum; anorexia nervosa periódica purgativa, caracterizada por períodos em que a alimentação é seguida por atitudes compensatórias, como: vômito, laxantes, muito exercício físico.

Para a psicanálise, o sujeito anorético vive um conflito entre o terror da solidão e o terror da destruição ou aniquilamento. Geralmente, a pessoa anoréxica tem mãe supercontroladora e pai ausente ou, ainda, concomitantemente, sedutor e agressivo, o que causa culpa, confusão e dificuldade para identificação da paciente. A experiência psíquica equivale à tentativa adolescente de diferenciar-se do corpo da mãe (SPRINCE, 1984 *apud* KELNER, 2004).

A bulimia nervosa é observada por meio de repetidos episódios relativos à compulsão alimentar (ataques incontroláveis à comida), seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados, como: vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, jejuns e prática excessiva de exercícios físicos (DSM-IV, 2002).

Vocabulário

- **Ideal de ego**: modelo almejado pelo sujeito que busca igualar-se a esta referência.
- **Lábil**: frágil, escorregadio, pouco estável.
- **Remissão**: ausência dos sinais da doença.

Para a psicanálise, consumir alimentos de modo solitário indica uma compulsão que busca preencher um vazio de natureza psíquica e emocional. O alimento adquire função ambivalente ao reparar a falta/vazio ao mesmo tempo em que destrói o ideal de ego perseguido (corpo idealizado). O jogo estabelecido entre angústia, culpa e autoagressividade visa destruir aspectos regredidos do ego que reclama atenção e amor exclusivo (FEDIDA, 1977 *apud* KELNER, 2004).

Assimile

Diferente do sujeito anorético, na bulimia, o sujeito faz a ingestão excessiva ou descontrolada de alimentos até passar mal ou finaliza quando chega alguém ou os alimentos acabam (NUNES *et al.*, 1998 *apud* FÁVERO; MACHADO; SCHAURICH, 2002).

Diagnosticar os transtornos alimentares torna-se um desafio porque os pacientes costumam negar os sintomas. Para atenuar tais dificuldades, o profissional da saúde pode recorrer a uma anamnese bem conduzida e à colaboração dos familiares do paciente. O diagnóstico deve fundamentar-se na presença dos sintomas físicos e psíquicos. Uma vez diagnosticado o transtorno, o tratamento deve ter início imediato. Em casos avançados, a internação hospitalar se faz necessária para promover a recuperação clínica do paciente (CORAS; ARAÚJO, 2011).

Reflita

A adesão ao tratamento dos transtornos alimentares torna-se difícil porque os pacientes veem esses transtornos como estratégia na busca do corpo idealizado. Considerando esse contexto, pense como faria para identificar com êxito a bulimia ou a anorexia.

O diagnóstico dos transtornos neuróticos, tanto os de ansiedade quanto os de humor, deve basear-se na presença dos sintomas físicos, psíquicos e nas limitações causadas à vida do paciente. O tratamento de tais transtornos deve combinar medicamentos, psicoterapia e orientações. Em consonância, Lima e Rudge (2015, p. 184) defendem que:

> "O suporte medicamentoso para tratar do sofrimento psíquico, paliativo por excelência em seu sucesso em calar o sintoma, não

teria por que se opor à clínica que considera o saber do sujeito a respeito de seu próprio sofrimento e sua fala como cruciais para seu tratamento.

Portanto, tais transtornos devem ser tratados por equipe multidisciplinar, de modo que o paciente seja assistido em sua totalidade com a finalidade de atingir a compreensão das causas, a redução dos sintomas e o aumento da melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

A assistência de enfermagem no tratamento dos transtornos de ansiedade e alimentares tem como objetivo principal aumentar as interações positivas do sujeito com o ambiente, o bem-estar e a autonomia, além de elaborar diagnóstico específico de enfermagem (CORAS; ARAÚJO, 2011). Deve priorizar o cuidado, a prevenção, a promoção e a preservação da vida. Indica-se uma conduta ativa que visa facilitar a autonomia e a confiança ao paciente durante o tratamento. Faz-se necessário valorizar a atuação interdisciplinar e primar por uma interação singular (ALMEIDA, 2009 *apud* ROCHA *et al.*, 2015), além de buscar o apoio da família e amigos como aliados na interação com o paciente. Em relação aos pacientes com transtornos alimentares, Perez (1996 *apud* GRANDO, 2000) ressalta que o cuidado requer manter-se atento ao comportamento emocional hábil e, para isso, o profissional de enfermagem deve manter o equilíbrio entre habilidade e firmeza. Apontamos a relevância do profissional da enfermagem como agente ativo nas discussões de casos, na elaboração do diagnóstico e na identificação do melhor modo para conduzir o tratamento, de modo a favorecer a adesão do paciente que sofre transtornos de humor e alimentares.

Sem medo de errar

Recentemente, Ricardo atendeu uma adolescente que desmaiou em sala de aula. Bianca sentiu tontura e desfaleceu. Seus colegas dizem que ela não se alimentou no intervalo das aulas e que nos últimos meses sofreu visível perda de peso. Ao atendê-la ,Ricardo constatou que a adolescente de 15 anos mede 1,76 m de altura e pesa 48 kg. Não se alimenta adequadamente, faz dieta – sem orientação especializada – sente-se obesa e insegura em relação aos garotos e as amizades. Agora, cabe a Ricardo se posicionar frente a esta situação.

Ajude-o a elaborar um diagnóstico para a adolescente, o tratamento a ser indicado e alguma ação para a escola participar do combate a situações como esta.

Atenção

Os transtornos alimentares tornam-se fatores de risco ainda mais graves quando se manifestam na adolescência e na gravidez, períodos estes que normalmente já produzem profundas modificações corporais (ANDERSEN; RYAN, 2009 *apud* SANTOS *et al.*, 2013).

Em função dos sintomas que Bianca apresenta o quadro aponta para o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritiva, o que pode ser confirmado pelos longos períodos de jejum. Aliás, foi o que provocou o desmaio de Bianca na escola. Desse modo, deve ser encaminhada ao CAPS AD, onde receberá atendimento multidisciplinar de modo a ser assistida em sua totalidade abrangendo: aspectos físicos (médico clínico, enfermeiro, nutricionista, dentista); psíquicos (psicólogo e médico psiquiatra); e sociais (assistente social, enfermeiro e psicólogo).

Em relação ao combate da anorexia no ambiente escolar, Ricardo deve propor uma ação conjunta entre o CAPS AD e a escola – incluindo os pais dos alunos. Esta ação será composta com palestras a pais e professores, ilustrada com fotos e depoimentos, para facilitar a compreensão dos conceitos e o entendimento da extensão dos efeitos da AN. Em relação aos alunos, faz-se importante realizar grupos de discussão mediados pela equipe da saúde, com a presença de psicólogo, para trabalhar as questões relativas à crise de identidade que caracteriza a adolescência. Para as crianças, o tema deve ser abordado por meio de contação de histórias que tratem do tema da alimentação, da anorexia e da autoestima, seguida de discussão, também mediada pela equipe da saúde e com a participação dos professores.

Avançando na prática

E agora José?

Descrição da situação-problema

O professor José tem faltado frequentemente ao trabalho porque não consegue manter sua rotina. No início dessa situação, há alguns meses, começou a faltar esporadicamente ao trabalho porque sentia-se "sufocado" dentro do ônibus que o leva à escola. Em seguida passou a faltar com maior frequência, pois percebeu que também se sentia ansioso dentro do ônibus, pois temia vomitar, o que o deixaria muito envergonhado. O professor também chegou a interromper por diversas vezes suas aulas ao sentir medo e ansiedade diante dos alunos. Por tudo isso, a direção da escola Ruy Barbosa

recorreu a Ricardo e pediu que algo fosse feito para minimizar as dificuldades que José tem enfrentado. Agora, ajude Ricardo a orientar a escola em relação à atitude a ser tomada com o professor em questão.

Lembre-se

A ansiedade é patológica quando é desproporcional ou exagerada em relação ao estímulo que a desencadeou e compromete a qualidade de vida do sujeito, o equilíbrio emocional e a vida cotidiana (ALLEN; LEONARD; SWEDE, 1995 *apud* CASTILLOS *et al.*, 2000).

Resolução da situação-problema

O professor José é portador de agorafobia, transtorno que se manifesta por meio do comportamento de evitação ou apreensão constante em relação a situações que percebe ser difícil escapar. Teme ainda o surgimento de sintomas que poderiam constrangê-lo ou incapacitá-lo, como vômito ou perda do controle intestinal. Geralmente essas situações ocorrem em shopping centers, cinemas, viagem de carro e ônibus, em filas de espera, restaurantes lotados, em especial quando o sujeito se encontra sozinho ou desacompanhado (CRASKE; BARLOW, 1999). Este quadro requer atendimento multidisciplinar, portanto, a escola deve orientar o professor a procurar o CAPS AD, onde receberá atendimento médico com o apoio da equipe da enfermagem e será avaliado por um psicólogo que poderá encaminhá-lo para atendimento em grupo ou individual, o que será verificado após a primeira entrevista.

Faça você mesmo

Agora, retorne ao texto e verifique o nível de agorafobia que o professor José se encontra (leve, moderada ou grave).

Faça valer a pena

1. Indique a alternativa que aponta os sintomas do transtorno do pânico:

a) Carência afetiva em função da rejeição dos amigos.
b) Ataques súbitos de terror, percepção de perigo e ameaça constante.
c) Vômito e/ou perda do controle intestinal.
d) Dificuldade de concentração e lapsos de memória.
e) Jejum e prática excessiva de exercícios.

2. Marque a alternativa que indica o transtorno de ansiedade que se manifesta por meio do comportamento de evitação ou apreensão constante, em relação a situações que o sujeito percebe ser difícil escapar:

a) Síndrome do pânico.
b) Estresse pós-traumático.
c) Transtorno obsessivo compulsivo.
d) Fobia social.
e) Agorafobia.

3. Marque a alternativa que indica uma característica da assistência de enfermagem aos pacientes com transtorno de ansiedade e alimentares:

a) Ignorar as queixas relativas à depressão para não incentivar essa demanda.
b) Promover a introspecção do paciente.
c) Distanciar-se da família do paciente durante o tratamento.
d) Adotar o mesmo tipo de interação para todos os pacientes.
e) Facilitar a confiança do paciente durante o tratamento.

Seção 2.4

Assistência de enfermagem nos transtornos de humor e psicose

Diálogo aberto

Vamos continuar nossa busca por conhecimento. Nesta seção você vai conhecer os transtornos de humor e a psicose a partir dos sintomas, diagnóstico e tratamentos indicados para esses transtornos mentais. Para ampliar sua compreensão acerca do funcionamento psíquico do sujeito portador dessas patologias será apresentada a visão psicanalítica sobre os quadros em questão você verá também a importância da assistência de Enfermagem no atendimento a pacientes acometidos por estes quadros psicopatológicos.

No início desta unidade você tomou conhecimento que Ricardo, um estagiário de enfermagem, é o elo entre a escola Ruy Barbosa e o CAPS AD da região. A escola adota a educação inclusiva, o que significa ter alunos com diversos tipos de transtornos psíquicos e/ou dependência química. Além disso, é adepta da psicanálise e solicita que esta corrente teórica e técnica seja considerada no trabalho realizado pela equipe do CAPS AD. A professora Carola pediu ajuda a Ricardo ao perceber que sua aluna Daniela - que já foi a melhor aluna da classe - está na iminência de ser reprovada. Disse que a aluna oscila fortemente o interesse pelos estudos. Nas primeiras avaliações do ano atingiu excelentes notas, mas atualmente não demonstra o menor interesse pelas atividades escolares. A aluna relata que dorme pouco quando estuda até tarde da noite, nos períodos em que está envolvida com a escola. Além disso, senta-se na primeira fila, faz perguntas, chega cedo, mostra que estudou por horas a fio e faz questão de responder às perguntas feitas pela professora. No entanto, nas últimas semanas tem faltado nas aulas, quando vai à escola não participa e mostra-se distraída. Relatou que falta porque não tem dormido bem. É visível que emagreceu muito nos últimos dias. O que você faria para ajudar Ricardo a elaborar o diagnóstico do caso e, desse modo, identificar o que se passa com Daniela?

Não pode faltar

Os transtornos de humor (ou afetivos) são doenças conhecidas pela medicina há mais de três mil anos. Tratam-se de síndromes constituídas por um conjunto de sintomas que persistem por semanas ou meses. Mudam acentuadamente o comportamento habitual do sujeito e tendem a

se manifestar de modo periódico (JARDIM, 2011). O estado de humor tanto pode manifestar-se de modo normal, deprimido ou elevado. O sujeito sente que perdeu o controle sobre seu interesse pela vida e experimenta importante sofrimento psíquico (AYDIN *et al.*, 2002 *apud* DELANORA, 2012).

O transtorno de humor bipolar (THB) leva o sujeito a experimentar episódios de humor elevado, isoladamente ou intercalados por episódios de humor deprimido. Oscila entre dois polos opostos: a euforia ou mania e a depressão. Na fase depressiva os seguintes sintomas são característicos: humor deprimido; perda do interesse ou prazer; demasiada perda ou ganho de peso sem estar em dieta; insônia ou hipersônia quase diariamente; sentimentos de inutilidade; dificuldade de concentração; culpa excessiva e inadequada entre outros. Tais sintomas duram, aproximadamente, 15 dias. Os sintomas da fase maníaca são: humor excessivo e constantemente elevado; autoestima inflada; diminuição da necessidade de sono; fala excessiva; destratibilidade ou falta de atenção; agitação psicomotora (pode ser direcionada à atividade física); comportamento excessivo (quase incontrolável) dirigido a ações prazerosas, mas com consequências dolorosas ou difíceis essa experiência provoca sérios prejuízos à vida social e laboral do sujeito (DELANORA, 2012).

Exemplificando

Em relação ao comportamento excessivo (quase incontrolável) dirigido a ações prazerosas, que caracteriza a fase maníaca do transtorno de humor bipolar, podem se manifestar: (a) na forma de muitas compras e endividamento; (b) sexo em excesso; (c) investimentos financeiros insensatos, ignorando o alto risco contido. Todas essas situações trarão consequências dolorosas que desorganizarão a vida prática do sujeito.

Delanora (2015) baseia-se no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) para recomendar que o diagnóstico seja elaborado a partir da observação de, no mínimo, cinco sintomas durante o período de duas semanas. É importante, também, identificar que o humor deprimido e a perda do interesse ou prazer sofrem alterações se comparado com o funcionamento anterior. O tratamento do THB deve priorizar a remissão duradoura e prolongada dos sintomas, assim como a prevenção de complicações e instabilidade (HOCHBERG, 2003 *apud* DELANORA, 2015). De acordo com Goodwin (2009; MALHI *et al.*, 2010; SMITH *et al.*, 2007 *apud* ZIMERMMANN *et al.*, 2015), o tratamento deve combinar farmacoterapia e psicoterapia. A farmacoterapia prioriza os estabilizadores de humor, como o lítio e anticonvulsivantes, e os antipsicóticos.

A depressão, ou doença do humor depressivo, acomete mais de 250 milhões de pessoas ao redor do mundo, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo o DSM-IV-TR (2000), a depressão é caracterizada por um episódio depressivo cujos sintomas têm duração mínima de duas semanas. No entanto, há outros estados psíquicos semelhantes (ao mesmo tempo que diferentes) conforme descrito a seguir:

Quadro 2.3 | Estados psíquicos

Estados depressivos	Conceito
Tristeza	Estado de humor afetivo que pode estar presente ou não nos estados depressivos.
Luto	Período necessário para elaborar a perda de um objeto amado que foi introjetado no ego, sem fortes conflitos.
Melancolia	Quando a introjeção do objeto perdido (por morte, abandono, etc.) foi processada de forma muito ambivalente e conflituosa.
Depressão subjacente (as neuroses e as psicoses)	Refere-se ao fato de que toda pessoa – em algum grau – é portadora de núcleos melancólicos da personalidade.

Fonte: adaptado de Zimerman (1999).

Jardim (2011) ressalta que os sintomas centrais da depressão são: tristeza sem motivo aparente, desânimo, desinteresse pela vida social e pelo trabalho, irritabilidade, inapetência, insônia e silêncio frequente. Contudo, o transtorno de humor depressivo exibe diferentes graus do estado depressivo. Balbino (2015) recorreu ao Código Internacional de Doenças (CID-10) para conceituar os graus de depressão.

Quadro 2.4 | Estados depressivos

Episódios depressivos	Características
Leve	Apresenta diversos sintomas depressivos que se manifestam em forma de angústia, perda da autoestima e culpa. Pode vir acompanhado de ideias suicidas e sintomas somáticos.
Moderado	Apresenta quatro ou mais sintomas e o sujeito sentirá mais dificuldade para desempenhar suas atividades.
Grave	Apresenta diversos sintomas depressivos que se manifestam em forma de angústia, perda da autoestima e culpa. Pode vir acompanhado de ideias suicidas e sintomas somáticos.

Fonte: adaptado de Balbino (2015).

É de extrema importância investigar se o paciente deprimido tem pensamento suicida. Alguns sujeitos não pensam em matar-se, no entanto, outros consideram fortemente esta opção por não enxergar uma solução para a angústia que enfrentam. Ficam enredados em sua própria dor – como se estivessem em um labirinto sem saída – e, por isso, entendem que matar-se é a única forma de sair dessa prisão (MACKINNON; MICHELS, 1981).

Entre as causas da depressão, encontra-se tanto as desenvolvidas por fatores externos – oriundos do meio onde o indivíduo vive – quanto por fatores internos e subjetivos, incluindo tendência herdada da família. Quando motivada por fatores psicológicos, incluindo as perdas afetivas, denomina-se "depressão reativa". É mobilizada por um acontecimento externo, como: receber uma notícia ruim, separação conjugal, acidente, perdas, mudanças repentinas, desemprego, doenças, entre outros. Os sintomas característicos são: diminuição do sono, da alimentação e do desejo sexual. Por sua vez, a depressão endógena (ou orgânica) é um tipo mais severo de depressão que se expressa acompanhada de sintomas somáticos, como: a anorexia, insônia, variação circadiana de humor, despertar precoce, culpa intensa e retardo psicomotor, o que indica uma predisposição biológica e a necessidade de tratamento medicamentoso (ALMEIDA, 1996 *apud* BALBINO, 2015).

Vocabulário

- Circadiana: relativo ao período de um dia ou 24 horas.
- Borderline: organização psíquica que se encontra no limite entre a neurose e a psicose.
- Persecutório: relativo à perseguição.

De acordo com Zimerman (1999), na visão psicanalítica, os variados tipos de depressão têm em comum os seguintes sintomas: baixa autoestima; sentimento de culpa sem causa definida ou clara; exacerbada intolerância a perdas e frustrações; sentimento de perda do amor e permanente estado de algum desejo inalcançável; forte nível de exigência consigo próprio, e extrema submissão ao julgamento dos outros, o que indica o domínio do superego sobre as demais instâncias psíquicas (id e ego).

O tratamento da depressão deve incluir psicoterapia e farmacoterapia, para casos graves. Nesses casos a orientação à família do paciente é de fundamental importância, pois precisará de auxílio para cumprir a prescrição médica, os cuidados com a higiene, alimentação e vigilância diante da possibilidade de suicídio. O tratamento adequado dos transtornos depressivos

deve primar também por um diagnóstico diferencial, ou seja, um diagnóstico cuidadoso que considere tanto a objetividade quanto a subjetividade envolvida neste processo. Figueiredo (2000) recomenda realizar o diagnóstico diferencial para excluir quadros somáticos que tenham sintomas parecidos, como sintomas endócrinos, síndrome de tensão pré-menstrual (TPM), infecções virais e bacterianas, doenças imunológicas e neurológicas, intoxicação por drogas, entre outros.

Nesse contexto, a assistência de enfermagem aos portadores de transtornos de humor (transtorno bipolar e depressão) torna-se ainda mais relevante porque geralmente é com o profissional da enfermagem que o paciente tem seu primeiro contato na rede pública de saúde. Seu papel vai além de orientar a família e a comunidade em relação ao modo como este paciente deve ser cuidado e tratado (Programa de Salud Mental, División de Promócion de Salud, 1997 *apud* SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003). O profissional da enfermagem pode participar da construção de políticas públicas e formular propostas ou protocolo de atendimento ao paciente bipolar e ao deprimido e seus familiares, já que a família também é atingida pela doença. Portanto, a área da enfermagem deve adotar o hábito de registrar a experiência adquirida no cuidado ao portador dos transtornos de humor, analisá-los discutir com os demais integrantes da equipe com o objetivo de propor caminhos ou modelos para o tratamento desta população.

Reflita

Os gestos suicidas podem ter êxito quando seu autor erra o cálculo. A diferença entre um gesto suicida e um ato suicida é que, no ato, o sujeito tanto quer comunicar sua intensão quanto cometer o ato.

A psicose é uma síndrome que agrupa doenças mentais que têm em comum, enquanto característica central, a perda de contato com a realidade. É vista como a falência do id - frente às demandas oriundas das relações sociais - que passa a se manifestar de forma avassaladora. O surto psicótico, por sua vez, representa uma estratégia radical de defesa contra as demandas contínuas dos laços sociais (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012). A visão psicanalítica, compreende que , na psicose, o ego põe-se em conflito com a realidade externa e não recalca as pulsões do id (busca imediata do prazer). Zimerman (1999) aponta três categorias de psicose:

1. Psicoses propriamente ditas: processo de deterioração das funções do ego, em graus variados, que compromete o contato com a realidade

(esquizofrenia crônica).

2. Estados psicóticos: pressupõem a preservação de áreas do ego, o que leva o sujeito a adaptar-se de modo relativo, ao mundo exterior (paciente borderline).

3. Condições psicóticas: caracterizam os sujeitos potencialmente psicóticos e que podem regredir ao nível da psicose clínica, durante o processo analítico.

A paranoia é caracterizada pela presença de delírios, como a megalomania (mania de grandeza), mania persecutória, ciúmes (intensos e sem motivo aparente), heretomania (certeza de que o outro o ama) e pelo transtorno de personalidade delirante. De acordo com Moreira, Mazzasalma e Juliboni (2008), trata-se de sujeitos tensos, de fala rápida, gesticulação abundante, incapacidade de concentração, hostis e agressivos, desconfiados e antissociais. Contudo, o sujeito mantém certa preservação do convívio social à medida que consegue manter algumas atividades de seu cotidiano. Entre os sintomas estão as alucinações, que são alterações dos sentidos, e, portanto, se manifestam no campo da visão, audição e paladar, o que leva a interpretar o ambiente como ameaçador. Não raro fazem o sujeito agir de modo agressivo para defender-se do perigo que acredita existir. Contudo, tais ameaças significam a distorção da realidade. Os delírios são sentenças lançadas sobre dada situação, um exemplo recente é a fala do homem que ameaçou a modelo Ana Hickmann. Este acreditava que a modelo o amava e que mantinham um relacionamento afetivo "sentença provocada pelo delírio".

É importante fazer um diagnóstico diferencial com o objetivo de identificar se trata-se de estruturação paranoica da personalidade ou de um transtorno paranoico secundário, aquele induzido por medicamentos. O tratamento do paciente paranoico requer a adoção de antipsicóticos - típicos, de primeira geração, ou atípicos, de segunda geração. Segundo Baldaçara e Borgio (2009), os antipsicóticos de segunda geração são mais eficazes no tratamento de transtorno delirante. Muitos pacientes manifestam também sintomas depressivos, o que levou médicos a associarem antipsicóticos e antidepressivos. O tratamento mais atual envolve diversas medidas, como medicações e psicoterapia, afinal, a medicação restringe-se a conter os sintomas, mas não cura a patologia (MOREIRA; MAZZASALMA; JULIBONI, 2008).

Quanto à esquizofrenia, de acordo o DSM-IV (2002), é uma perturbação com duração mínima de seis meses, sendo que pelo período de um mês os sintomas se manifestam caracterizando a fase ativa. São estes: delírio, alucinação, discurso e comportamento desorganizado ou catatônico, entre outros. Na esquizofrenia, a intimidade tende a tornar-se estranha ao sujeito,

levando-o à despersonalização. Deste modo, ele não se reconhece ao olhar sua própria imagem, pensa que é manipulado por seres. Há uma significativa desorganização do ego.

O diagnóstico deve distinguir a psicose genuína da psicose decorrente de medicação, portanto, transitória, o que requer atenção e conhecimento profundo do quadro para identificar tais diferenças. Cardoso e Galera (2011), na contramão do discurso vigente, afirmam que, por tratar-se de uma das mais graves doenças mentais, o tratamento da esquizofrenia deve incluir a internação do paciente. Estes autores consideram casos graves os quadros que apresentam transtorno mental com pelo menos uma destas condições: "[...] risco de autoagressão, risco de heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social, incapacidade grave de autocuidado" (CARDOSO; GALERA, 2011, p. 88). Ressaltam que a internação visa estabilizar o paciente, minimizar os riscos, identificar as necessidades psicossociais, ajustar a medicação e promover a reinserção do sujeito esquizofrênico ao meio social. O tratamento de ambas as psicoses exige um olhar multidisciplinar, cada especialista contribuindo com o conhecimento de seu domínio, buscando a melhor estratégia para reintegrar o paciente ao seu cotidiano.

A assistência de enfermagem ao paciente psicótico deve oferecer conhecimento de modo a promover importantes melhoras clínicas, disponibilizando ferramentas necessárias ao restabelecimento da qualidade de vida do paciente e de sua família, que também é afetada ao longo do processo de adoecimento (ANDREEASEN, 2005 *apud* RIBEIRO, 2012). Deste modo, a assistência de enfermagem na área psiquiátrica deve adotar ações (favorecer a adesão ao tratamento, envolver a família no cuidado ao paciente, conscientizar sobre a importância da medicação) que promovam o controle do surto, que estabilize tais doenças, ajude na reinserção social e na adesão ao tratamento e promova o ajuste à nova condição de vida (MARY, 2009 *apud* RIBEIRO, 2012).

Assimile

O cuidado ao portador de transtorno mental está sempre presente na vida profissional de enfermagem, independentemente da sua área de atuação. Os serviços básicos de saúde são locais onde se detecta precocemente e ação preventiva às doenças mentais, daí a importância da assistência prestada pelo profissional de enfermagem (SILVA; FUREGATO, COSTA JÚNIOR, 2003).

Sem medo de errar

A professora Carola pediu ajuda a Ricardo ao perceber que sua aluna Daniela - que já foi a melhor aluna da classe - está na iminência de ser reprovada. Disse que a aluna oscila fortemente o interesse pelos estudos. Nas primeiras avaliações do ano atingiu excelentes notas, mas atualmente não demonstra o menor interesse pelas atividades escolares. A aluna relata que dorme pouco quando estuda até tarde da noite, nos períodos em que está envolvida com a escola. Além disso, senta-se na primeira fila, faz perguntas, chega cedo, mostra que estudou por horas a fio e faz questão de responder às perguntas feitas pela professora. No entanto, nas últimas semanas tem faltado nas aulas, quando vai à escola não participa e mostra-se distraída. Relatou que falta porque não tem dormido bem. É visível que emagreceu muito nos últimos dias. Vamos ajudar Ricardo a identificar o que se passa com Daniela. Ajude-o a elaborar o diagnóstico dessa situação.

Atenção

O diagnóstico do transtorno de humor bipolar deve ser realizado a partir da observação de, no mínimo, cinco sintomas durante o período de duas semanas.

Claramente Daniela apresenta os sintomas do transtorno de humor bipolar (THB). Seu intenso envolvimento com os estudos revela elevação demasiada de humor, o que fazia com que se dedicasse horas seguidas às tarefas escolares. Outro sintoma da fase maníaca é a diminuição da necessidade de sono, e assim Daniela aproveitava para estudar até tarde, dando vasão a sua euforia. Em seguida mostrou-se deprimida e, por isso, distanciou-se das atividades que eram a fonte maior de sua motivação (estudar muito em casa e participar ativamente das aulas). Além disso, a perda de peso sem motivo e a falta de concentração reforçam o diagnóstico de THB. Portanto, oposição ou contraste perceptível em seu comportamento indica o funcionamento bipolar.

Avançando na prática

Que rei sou eu?

Descrição da situação-problema

Ricardo atendeu um aluno da Escola Ruy Barbosa no CAPS AD.

Este aluno tem 19 anos e disse que não gostava de sair porque as pessoas ficam olhando para ele como se fosse um ET (extraterrestre). Seu nome é Humberto, mora com o pai porque sua mãe encontra-se internada em um hospital psiquiátrico no interior do estado. Humberto relatou que sempre soube quem é, mas disse, em seguida, que nos últimos meses não tem se reconhecido ao olhar no espelho porque um antigo rei do Egito está tomando seu lugar. Ontem, quando olhou no espelho teve certeza que de fato um rei o habita, só que Humberto não sabe o nome desse rei.

Diante dessa situação, Ricardo precisa elaborar o diagnóstico sobre o caso de Humberto para então conversar com seu supervisor no CAPS AD e com a direção da escola Ruy Barbosa. Ajude-o a fazer o diagnóstico.

Lembre-se

A psicose é uma síndrome que agrupa doenças mentais que têm a perda de contato com a realidade enquanto característica central. É uma forma do sujeito ajustar-se à realidade disponível. Portanto, é um processo de deterioração das funções do ego, em graus variados.

Resolução da situação-problema

O discurso incoerente e confuso de Humberto mostra que se encontra na fase ativa da esquizofrenia. Esta observação é reforçada pelo fato do paciente não saber mais quem é (estranhando, portanto, sua identidade) e também por acreditar que um estranho o habita, indicando sinais de despersonalização. Como mostrou o livro didático, a esquizofrenia pode levar a uma importante desorganização do ego.

Faça você mesmo

Agora, retorne ao texto e identifique a principal diferença entre os quadros de transtorno de humor e as psicoses, em especial, no comportamento do sujeito.

Faça valer a pena

1. Marque a alternativa que indica sintomas da depressão de acordo com a visão psicanalítica:

a) Delírios e alucinações frequentes.
b) Forte capacidade de julgar os outros e baixa exigência consigo próprio.

c) O humor oscila entre períodos de extrema alegria e tristeza.
d) Forte nível de exigência consigo próprio e extrema submissão ao julgamento dos outros.
e) Desconexão da realidade prática e do julgamento dos outros.

2. Marque a alternativa que indica características do transtorno de humor bipolar:

a) Oscila entre a euforia (ou mania) e a depressão.
b) É marcada pela despersonalização que se mostra de maneira invasiva.
c) Caracteriza-se por mutismo, apatia, paralisia das ações.
d) É mobilizada por um acontecimento externo, como receber uma notícia ruim.
e) Mantém a organização da realidade à medida que consegue realizar algumas atividades.

3. Alguns estados psíquicos são semelhantes, mas ao mesmo tempo diferentes da depressão. São eles: tristeza, luto e melancolia.

Marque a alternativa que conceitua melancolia:

a) Doença mental caracterizada pelo episódio depressivo.
b) A introjeção do objeto perdido foi processada de forma muito ambivalente e conflituosa.
c) Transtorno mental caracterizado pela negação da perda do objeto.
d) Todos os mecanismos de defesa atuam ao mesmo tempo para que o sujeito possa suportar a dor.
e) Transtorno caracterizado pela tristeza intercalada por períodos de euforia.

Referências

AIRES-GONÇALVES, S. COELHO, R. Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Portugal, v. 7, p. 65-75, 2015. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770205. Acesso em: 3 maio 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Disponível em: http://c026204. cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf. Acesso em: 18 jul. 2016.

AMARAL, Mônica Guimarães Teixeira do. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 63-84, 1995. Disponível em: http://pepsic. bvsalud.org/pdf/psicousp/v6n2/a04v6n2.pdf. Acesso em: 12 jul. 2016.

AMARAL, Mônica Guimarães Teixeira do. A Ansiedade *In*: **Conferências Introdutórias sobrea Psicanálise (Parte III) (1915-1916)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. v. 16, p. 393 – 412.

AMARAL, Mônica Guimarães Teixeira do. Cinco Lições de Psicanálise. *In*: **Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise (Parte III) (1915-1916)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. v. 11, p. 17 - 68.

BALBINO, B. de P. **Depressão**: uma visita a vários autores. 2015, 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – graduação em Psicologia. Ijuí, dez. 2015. Disponível em: http://bibliodigital. unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3420/TCC%20BIANCA%202015.pdf?sequence=1. Acesso em: 11 jun. 2016.

BALDAÇARA, L. BORGIO, J. G. F. Tratamento do transtorno delirante persistente. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, 2009; 54(2):56-61. Disponível em: http://www.vestibularsantacasa.com.br/images/Arquivos_medicos/2009/54_2/vlm54n2_4.pdf. Acesso em: 11 jun. 2016.

BATISTA, D. E. A recordação infantil e a constelação parental de Leonardo Da Vinci: psicanálise, constituição subjetiva e biografia. **Revista Psicanálise & Barroco**. v. 10, n. 1, p. 36-58, jul. 2012. Disponível em: http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista/ revistas/19/PeBRev19_4_ArecordacaoinfantilLdaVinci.pdf. Acesso em: 12 jul. 2016.

BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BERLINCK, M.; FÈDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. III**, v. 2, p. 9-25. Disponível em: http://www.psicopatologiafundamental. org/uploads/files/revistas/volume03/n2/a_clinica_da_depressao_questoes_atuais.pdf. Acesso em: 12 jun. 2016.

BORDIN, S. *et al.* Dependência química na mulher. *In*: BORDIN, S. et al. **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. Curitiba: Roca, 2015, p. 395-404.

CARDOSO, L.; GALERA, S. Internação psiquiátrica e manutenção do tratamento extra hospitalar. **Rev. Esc. Enferm**. USP, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011. Disponível em: http://www. revistas.usp.br/reeusp/article/view/40670/43903. Acesso em: 13 jun. 2016.

CASTILLOS, A. R. G. L. *et al*. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 22, s. 2, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. php?piD d=S1516-44462000000600006&script=sci_arttext. Acesso em: 28 maio 2016.

CATAÑO, Claudia Rios. **Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave**. 2011. 108 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo. Programa de pós graduação Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28022012-141833/en.php. Acesso em: 8 maio 2016.

CORAS, P. M. ARAÚJO, A. P. S. de. O papel da enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia nervosas. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde,** n. 13, p. 315-324, 2011. Disponível em: http:// pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/1081/1036. Acesso em: 28 maio 2016.

CRASKE, M.; G.; BARLOW, D. Transtorno do pânico e agorafobia. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**, 1999. p. 13-72, Disponível em: http://www.larpsi.com.br/ media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_tr.pdf. Acesso em: 1 maio 2016.

D'El REY, G.; PACINI, C. A.; CHAVIRA, D. Fobia social em uma amostra de adolescentes. **Estudos de Psicologia**. São Paulo, n. 11, p. 111-114, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v11n1/13.pdf. Acesso em: 4 maio 2016.

DELANORA, A. **Transtorno do humor bipolar em adultos e doença de Behçet**: relação autoimune? 2012, 30 f. Trabalho de conclusão de curso (Psiquiatria e Medicina Forense) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2012. Disponível em: http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/39176/R%20-%20E%20-%20AMELIA%20DALANORA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 maio 2016.

FÁVERO, E.; MACHADO, A.; SCHAURICH, A. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosa. **Disciplinarum Scientiae**, Santa Maria, v. 3, n.1, p. 95-104, 2002. Disponível em: http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/856/800. Acesso em: 27 maio 2016.

FERREIRA, A. *et al*. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 19, n. 2. p. 1-8. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1012. Acesso em: 19 maio 2016.

FIGUEIREDO, L.; BARBOSA, R. Fobia social em estudantes universitários. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, 2008, v. 7, n.1: 109-115. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92970116. Acesso em: 12 jun. 2016.

FIGUEIREDO, M.; S. Transtornos ansiosos e transtornos depressivos – aspectos diagnósticos. **Rev.**

SPAGESP, v. 1, n. 1, Ribeirão Preto, 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pipd=S1677-29702000000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 13 jun. 2016.

FREUD, S. O Sentido dos sintomas. In: **Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise (Parte III)** (1915-1916). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. v. 16, p. 265 – 280.

GABBAY, R. VILHENA, J. de. O sujeito da loucura. Lat. Am. **Journal of Fund. Psychopath**. On-line, v. 7, n. 2, p. 40-53, nov. 2010. Disponível em: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v7_n2/o_sujeito_da_loucura.pdf. Acesso em: 8 maio 2016.

GHILARDI, R. **Sujeito na psicose e na clínica psicanalítica**. 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130518/000978368.pdf?sequence=1.Acesso em: 13 jun. 2016.

GRANDO, M. H. **Representações sociais e transtornos alimentares**: as faces do cuidar em enfermagem. 2000, 122 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-11122006-161207/en.php. Acesso em: 13 jun. 2016.

HEMANNY, C.; SENA, E.; DUNNINGHAN, W. Comorbidade entre Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Ansiedade Generalizada: um estudo de caso. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**., Salvador, v. 13, n. 3 – especial, p. 415-420, set./dez. 2014. Disponível em: http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/12945/9360. Acesso em: 4 maio 2016.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Rev. Bras. de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 213, p. 84-92, 2011. Disponível em: https://www.fasul.edu.br/portal/app/webroot/files/links/Seguran%C3%A7a%20Trabalho/RBSO/RBSO%20123%20vol%2036.pdf#page=86. Acesso em: 28 maio 2016.

JESUS, A. *et al.* Transtorno de pânico. **Anais V SIMPAC** – Viçosa - MG, v. 5, n. 1, p. 585-588, jan./dez. 2013. Disponível em: https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/170/331. Acesso em: 2 maio 2016.

KAWASHIMA, L.; RUMIN, C. Transtornos alimentares: psicodiagnóstico como potencializador do processo terapêutico. **Omnia saúde**, v. 8, n. 1, p. 50 – 64, 2011. Disponível em: http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/view/376/pdf. Acesso em: 27 maio 2016.

KELNER, G. Transtornos alimentares: um enfoque psicanalítico. **Estudos psicanalíticos**, n.24; ago. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372004000100005&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 26 maio 2016.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J. **Vocabulário de psicanálise**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEVITAN, M.; RANGÉ, B.; NARDI, A. Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. **Psicologia: teoria e pesquisa**, 2008, v. 24, n. 1, pp. 095- 100. Disponível em: https://HYPERLINK"http://www.

researchgate.net/profile/Antonio_Nardi/publication/281928398_Social_skills_in_"www.research-gate.net/profile/Antonio_Nardi/publication/281928398_Social_skills_in_agoraphobia_and_social_phobia/links/562552a408aeabddac91cb53.pdf. Acesso em: 3 maio 2016.

LIMA, J.; RUDGE, A. M. Neurose obsessiva ou TOC? **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v.47.2, p. 171-187, 2015. Disponível em: http://204.16.6.99/index.php/tempopsicanalitico/ article/view/70/pdf_55. Acesso em: 4 maio 2016.

MACKINNON, R.; MICHELS, R. **A entrevista psiquiátrica na prática diária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

MANFRO, G. *et al*. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adulto e transtorno de ansiedade na infância. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 24, n. 2, 2012. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19508/000319842. pdf?sequence=1. Acesso em: 26 maio 2016.

MOCHCOVITCH, M.; CRIPPA, J.; NARDI, A. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Med.**, v. 67, n. 11, nov. 2010. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4467. Acesso em: 18 jul. 2016.

MOREIRA, C.; MAZZASALMA, M.; JULIBONI, R. Esquizofrenia paranoide: relato de caso e revisão da literatura. **Revista Científica da FMC**, v. 3, n. 2, 2008. Disponível em: http:// www.fmc.br/revista/V3N2P29-32.pdf. Acesso em: 13 jun. 2016.

MÜLLER-GRANZOTTO, M.J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R.L. **Psicose e sofrimento**. São Paulo: Sumus editorial, 2012.

NICOLAU, P. M.; ROCHA, C. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 4. ed. São Paulo: Artmed, 2002.

OLIVEIRA-CARDOSO, E.; ZUBEN, B.; SANTOS, M. Qualidade de vida de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. **Demetra**, v. 9, p. 329-340, 2014. Disponível em: http://www.e-pu3blicacoes.uerj.br/ojs/index.php/demetra/article/view/10346/9710#. V0eV9fkrJ1s. Acesso em: 26 maio 2016.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no mundo 2001. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

PEREIRA, H. R. da; CARVALHO, M. A. V. de M. Toxicomania, um discurso sem palavra? **Revista Psicologias**, v. 2, 2016. Disponível em: http://200.129.173.132:8081/revista/index.php/psi/article/view/210/pdf_3. Acesso em: 21 maio 2016.

PETRY, D. A. **Possibilidades de tratamento para dependentes químicos**. 2015. 40 f. (Graduação em Psicologia) - Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Disponível em: http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3422/Dalcio%20Petry%20-%20%20Tcc.pdf?sequence=1. Acesso em: 20 maio 2016.

REINALDO, A. M. dos S. PILLON, S. C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 4, n. 11, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400021. Acesso em: 25 abr. 2019.

RIBEIRO, A. M. **Processo de agudização e reinternamento do doente psicótico**: um contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. (Dissertação de mestrado) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2012. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9358/1/Tese.pdf. Acesso em: 13 jun. 2016.

ROCHA, A. *et al*. A importância da comunicação terapêutica frente ao tratamento do transtorno bipolar. **7º Conclave dos Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Positivo (CONAENF)**, Curitiba, out. 2015. Disponível em: http://www.up.edu.br/CmsPositivo/uploads/imagens/galeria2746/Anais_-Conaenf_2015-.pdf#page=81. Acesso em: 12 jun. 2016.

SANTOS, A. M. dos. *et al.* Transtorno alimentar e picacismo na gestação: revisão de literatura. **Psic. Hosp.**, v. 11, n. 1, São Paulo, jul. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000200004. Acesso em: 12 jun. 2016.

SCHMIDT, D. DANTAS, R. MARZIALE, M. H. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev. Esc. Enferm**. USP, 2011; v. 45, n. 2, p. 487-93. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40726. Acesso em: 2 maio 2016.

SILVA NETO, S. P. *et al*. Avaliação de atendimento grupal para dependentes químicos em um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 3, 2014. Disponível em: http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/672/pdf. Acesso em: 20 maio 2016.

SILVA, C. R. da. *et al*. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. **Revista Aletheia**, Canoas, n. 30, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942009000200009&script=sci_arttext. Acesso em: 19 maio 2016.

SILVA, J.; FARIAS, A. K. Análises funcionais molares associadas à terapia de aceitação e compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Ter. Comp.**, v. 15, n. 3, São Paulo, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo. php?script=sci_arttexat&pid=S1517-55452013000300004. Acesso em: 2 maio 2016.

SILVA, M., FUREGATO, A., COSTA JÚNIOR, M. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 7-13, jan. / fev. 2003. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1728/1773. Acesso em: 13 jun. 2016.

TOZATTO, A.; SANTOS, M. Um olhar mente e cérebro e o transtorno obsessivo compulsivo. **Revista Transformar**, v. 7, p. 239-256, 2015. Disponível em: http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/43/40. Acesso em: 3 maio 2016.

VARGAS, D. de; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD): a formação e busca pelo conhecimento específico da área. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis**, v. 20, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em: http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20-119.pdf. Acesso em: 21 maio 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adhrence to long-term therapies**: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ZIMERMMANN, I. *et al*. Custo-efetividade do uso associado de estabilizadores de humor e antipsicóticos atípicos na terapia de manutenção do transtorno bipolar no Sistema Único de Saúde. **J Bras. Econ. Saúde**, v. 7, n. 2, p. 76-85, 2015. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n2/a4931.pdf. Acesso em: 6 jul. 2016.

Unidade 3

Emergências psiquiátricas

Convite ao estudo

Caro aluno! Bem-vindo à Unidade 3! O objetivo desta unidade é apresentar as emergências psiquiátricas e enfatizar os procedimentos de enfermagem associados a esse contexto. Para tanto, você conhecerá a assistência prestada pelos profissionais da enfermagem durante surtos psiquiátricos, quadros de intoxicação e, também, a voltada para usuários crianças e adolescentes.

Pretende-se que, durante esta unidade, possamos responder às seguintes questões: o que caracteriza uma emergência psiquiátrica? Quais as principais emergências psiquiátricas que se apresentam ao sistema de saúde? Além disso, quais são os procedimentos de enfermagem apropriados para essas situações? Como a psicanálise compreende a emergência psiquiátrica a partir do sujeito que é acometido por esses quadros psicopatológicos? Situações envolvendo emergências psiquiátricas estarão presentes tanto no cotidiano do profissional que atua nessa área específica quanto do enfermeiro que trabalha em qualquer outra área, porque, na prática, o usuário dá entrada no sistema de saúde através de qualquer um dos serviços da rede.

Para potencializar o aproveitamento desta unidade, apresentaremos uma situação hipotética que o ajudará a compreender como os conteúdos abordados ao longo desse percurso se manifestam no cotidiano do profissional de enfermagem. Imagine que o hospital Santíssima Trindade é de grande porte e está localizado em um populoso bairro de uma importante metrópole brasileira. Este hospital, que conta com profissionais de diversas áreas da saúde, além de todas as especialidades médicas. Os registros apontam que o ingresso de usuários portadores de transtornos psíquicos tem aumentado no último ano. Andrea é a enfermeira responsável pelo serviço de Pronto Atendimento. Ela conhece bem a demanda desses serviços no hospital, pois é responsável também pela gestão dos dados estatísticos. A triagem dos usuários que ingressam no Pronto Atendimento está a cargo da equipe de enfermagem, portanto, cabe a estes profissionais classificar e direcionar os pacientes.

Seção 3.1

Conceitos de emergência psiquiátrica

Diálogo aberto

Ao receber o último plantão, Andrea, a enfermeira responsável pelo serviço de Pronto Atendimento (PA), conheceu o caso de Iris, uma jovem de 23 anos que deu entrada no Pronto Atendimento na noite anterior ao plantão. Em seu prontuário consta que foi realizado atendimento de urgência em função da seguinte queixa: ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal com seus familiares e mania de perseguição. Iris, inclusive, recusou-se a tomar a medicação via oral porque acreditava que ela estava contaminada. Por essa razão, foi muito agressiva com a equipe da saúde que, diante de sua resistência, a manteve internada. A direção do hospital questiona se houve de fato a necessidade de internação e se o caso justifica o atendimento de urgência cedido à paciente.

Ajude Andrea a reavaliar o diagnóstico da usuária para confirmar o atendimento dispensado à paciente ou para substituí-lo, caso seu quadro não se classifique como urgente. Para tanto, é necessário se concentrar nos conceitos de emergência e urgência e saber diferenciar os diversos níveis de emergência. Reavaliar o diagnóstico em questão implica retomar temas tratados na unidade anterior; portanto, relacione os conceitos e identifique a patologia da paciente. Esta atividade ampliará sua compreensão sobre as doenças mentais e sobre a assistência de enfermagem oferecida ao paciente psiquiátrico.

Não pode faltar

O movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado em 1980, provocou transformações no modelo de assistência à saúde mental, o que pode ser constatado em análise à Lei n. 10.216/2001, que dispõe dos direitos dos pacientes psiquiátricos e amplia a assistência à saúde mental de base comunitária em oposição à assistência hospitalar, originando os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (BARROS; TUNG; MARI, 2010 *apud* MARCOS, 2015). Na sequência, a Portaria n. 3.088/2011 estabeleceu o papel da emergência psiquiátrica e, desta forma, preconizou o atendimento 24 horas, que envolve as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a sala de estabilização clínica; por meio desses serviços o paciente ingressa na rede pública de saúde.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é orientada pelo princípio de que o atendimento a usuários com quadros agudos precisa ser ofertado por todas as portas de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, por isso, concentra-se na resolução integral da demanda, o que pode envolver a transferência dos pacientes – em alguns casos – para o serviço de maior complexidade.

Nesse contexto, o conceito de **emergência psiquiátrica** (EP) é central para assegurar cuidados adequados às necessidades do paciente que ingressa na Rede de Saúde. EP diz respeito à situação de natureza psiquiátrica caracterizada por alto risco de morte ou dano grave para o paciente ou para terceiros e que, por isso, requer intervenção terapêutica imediata. No entanto, há situações que aparentemente são emergências, mas que não se inserem no conceito de uma emergência (MENEGON *et al.*, 2014).

As emergências psiquiátricas são situações complexas que demandam respostas assertivas e precisas em função não só da emergência e da complexidade que apresentam, mas para além delas. O profissional da saúde deve evitar despender atenção e tempo a pacientes que podem aguardar atendimento, devendo voltar sua atenção para pacientes com demanda emergencial. Para tanto, é importante adotar o diagnóstico diferencial, a partir do qual será definido o tipo de atendimento necessário. Na área de EP existem três tipos de situações que se destacam no atendimento psiquiátrico.

Quadro 3.1 | Tipos de situação em emergência psiquiátrica

Tipo/Nível	Definição	Exemplos	Tempo envolvido
Emergência Nível 1	Distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações. Situações que precisam receber atendimento ou intervenção imediata e inadiável.	Violência, tentativa de suicídio, estupor depressivo, excitação maníaca, automutilação, juízo crítico fortemente comprometido, severa autonegligência.	Minutos ou horas.
Urgência Nível 2	Situação com risco de menor grau, que necessita de intervenção breve.	Quadro agudo de ansiedade, síndromes conversivas, sintomas psicóticos.	Dias ou semanas.
Eletiva Nível 3	Situação em que o tempo de atendimento não é um critério importante.	Ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal, informações sobre medicação, fornecimento de receitas.	Atendimento programado.

Fonte: adaptado de Menegon *et al.* (2014).

Entre os quadros caracterizados como emergência, Taborda *et al.* (2009 *apud* MARCOS, 2015) acrescentam: o abuso sexual de crianças, adolescentes, mulheres e idosos; o abuso de substâncias psicoativas; a exposição moral ou social importante; a negligência pessoal; e a incapacidade de autocuidado.

Assimile

Uma emergência psiquiátrica envolve transtorno de afeto, pensamento e comportamento com tamanha intensidade que o próprio sujeito, sua família ou a sociedade reconhecem a necessidade de cuidado imediato (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007 *apud* BRASIL, 2015).

Por sua vez, **urgência** é o termo que designa todos os casos agudos que precisam de cuidados. Os diversos graus ou níveis de urgência são avaliados a partir da observação de alguns critérios, como: gravidade do caso; tempo para o início da intervenção; recursos necessários para o tratamento; e, ainda, valor social envolvido nos casos, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 3.2 | Níveis de urgência

Nível	Definição
1	**Urgência de prioridade absoluta**: casos com risco imediato de vida e/ou com a existência de risco de perda funcional grave, imediata ou secundária.
2	**Urgência de prioridade moderada**: casos com necessidade de atendimento médico, não exatamente imediato, dentro de poucas horas.
3	**Urgência de prioridade baixa**: casos em que há a necessidade de uma avaliação médica que pode aguardar várias horas, uma vez que não apresentam riscos às funções vitais ou à vida do paciente.
4	**Urgência de prioridade mínima**: situações em que o médico regulador pode orientar sobre o uso de medicamentos, oferecer conselhos por telefone, cuidados gerais e demais encaminhamentos.

Fonte: adaptado de Brasil (2015).

O termo **crise** tem diversos significados. No contexto de urgências psiquiátricas, representa situações que têm em comum sofrimento psíquico grave, complicado ou não por comorbidades clínicas (SOUZA, 2008 *apud* BRASIL, 2015). De acordo com Dell'Acqua; e Mezzina (1991, *apud* BRASIL, 2015), para que uma situação seja caracterizada como crise, é necessário que nela sejam observadas, no mínimo, três das características a seguir: (1) grave sintomatologia psiquiátrica aguda; (2) grave ruptura de relações familiares e/ou sociais; (3) recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a

equipe; (4) recusa de qualquer forma de contato; e (5) situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais de enfrentá-las.

Exemplificando

Crise e urgência psiquiátrica são conceitos distintos, embora as duas situações possuam em comum o sofrimento psíquico grave acompanhado ou não por comorbidades clínicas. Crise passa a ser uma urgência quando os responsáveis pelo sujeito acionam o serviço de saúde mental ao perceberem modificações no comportamento ou no sofrimento desse indivíduo (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007 *apud* BRASIL, 2015, p. 33).

Agitação psicomotora é uma emergência psiquiátrica que requer intervenção imediata. Cadoret e Stewart (1991) definem a agitação psicomotora como um comportamento agressivo que causa danos físicos e/ou morais tanto ao paciente quanto às pessoas que estão ao seu redor. Suas características são: inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, respostas fortes ou exageradas aos estímulos, irritabilidade, resposta verbal aumentada, inadequada e repetitiva e atividade motora intensificada. A agitação psicomotora geralmente está associada à insônia, à hostilidade e à logorreia. O paciente não tem consciência sobre seu estado, uma vez que há a ausência de autocrítica.

Vocabulário

- **Logorreia**: compulsão para falar frases em sentido; o mesmo que verborragia.
- **Obnubilação**: alteração do estado de consciência que geralmente precede a perda de consciência. O sujeito sente como se estivesse envolvido em uma nuvem, há uma precária associação das ideias e uma má percepção dos objetos.
- **Taquipsiquismo**: aceleração do ritmo do pensamento ou das ideias, geralmente acompanhado de afetividade exaltada.

Dalgalarrondo (2000) divide a agitação psicomotora em nove subtipos com características bem específicas. Veja:

Quadro 3.3 | Subtipos de agitação psicomotora

Subtipos de agitação	Características
Maníaca	Secundária a um intenso taquipsiquismo. O indivíduo se apresenta logorreico, inquieto, com ideias de grandeza e desinibição social.
Paranoide	Secundária ao delírio paranoide e alucinações. O paciente se mostra desconfiado, hipervigilante, potencialmente agressivo e hostil, pronto para defender-se das possíveis ameaças que supostamente o cercam.
Catatônica	Agitação impulsiva e intensa com movimentos repentinos e explosões agressivas.
No delírio	Tem origem orgânica. Além da agitação e irritabilidade, o paciente não apreende o ambiente, encontra-se desorientado no tempo e espaço, com fluxo confuso de pensamento.
Nas demências	Secundária ao quadro demencial, podendo estar associada a episódios paranoides, obnubilação e piora das capacidades cognitivas.
Oligofrênica	A dificuldade em compreender o ambiente leva o paciente com deficiência mental a se constranger e se desesperar, entrando em um estado de agitação no qual pode ficar hetero ou autoagressivo.
Explosiva	Associada a transtornos de personalidade do tipo explosivo, borderline e sociopático. Quando minimamente frustrado, o sujeito reage de maneira agressiva e explosiva, retornando ao estado calmo somente quando suas necessidades são atendidas.
Histérica	Agitação mais teatral e escandalosa, com sentido comunicativo.
Ansiosa	Secundária à ansiedade e à angústia extrema. O sujeito se mostra irritado, tenso, anda rapidamente de um lado para o outro. Requer atenção ao risco de suicídio, rapidamente deve-se tomar medidas de segurança.

Fonte: adaptado de Dalgalarrondo (2000).

A **raiva** tem conotação negativa sendo quase sempre associada à perda de controle ou de equilíbrio. Para Lipp (2005), trata-se de um mecanismo que protege o homem contra a perda de poder, real ou imaginário. Tem a função de prepará-lo para reagir quando se sente ameaçado. Manifesta-se diante da frustração, ao encontro de um empecilho ante a realização de algo que deseja.

Quando incontrolável, a raiva pode levar o homem a agredir o outro ou a si mesmo. É um fator de risco para a saúde que pode provocar hipertensão, úlcera, doença coronariana e morte prematura. Está associada a quadros de depressão, obesidade, violência familiar que acarreta relacionamentos conturbados, desemprego, altos índices de divórcio, elevadas taxas de suicídio, alcoolismo e dependência química. Interfere nos relacionamentos sociais, podendo afastar as pessoas quando expressa de modo explosivo,

causando culpa em quem a expressou (LIPP, 2005).

Spielberger: Biaggio (1992 *apud* LIPP *et al*. 2009) identificaram dois tipos de raiva: (1) a raiva-estado; e (2) a raiva-traço. A primeira, é transitória e a segunda é uma tendência a receber constantemente as situações como desagradáveis ou desafiadoras, o que aumenta o estado de raiva. Quando voltada para dentro, é contida e o sujeito pode não experienciar diretamente tal sentimento, uma vez que ele foi suprimido em sua totalidade. Quando a raiva é voltada para fora, é denominada raiva-estado e está associada à manifestação de comportamentos agressivos dirigidos ao outro, como: atos físicos (agressão de pessoas, destruição de objetos); e verbais (críticas, insultos, ameaças).

Segundo a OMS (2005), **violência** é um ato intencional no qual a força física ou o poder são utilizados - concretamente ou na forma de ameaça. A violência pode ser autoinflingida (dirigida ao próprio agressor), direcionada a uma única pessoa, ou ainda a vários indivíduos, assumindo caráter coletivo. Seus resultados geralmente provocam lesão, óbito, deficiência transitória ou definitiva, dano psicológico, entre outras sequelas. Está presente em diversas áreas da vida em sociedade. Expressa-se no lar (violência doméstica), no trabalho (assédio moral e/ou abuso de poder) e nas ruas (violência urbana). Este cenário afeta a demanda dos cuidados e exige que o profissional da saúde esteja apto a lidar com traumas (físicos e psíquicos) sofridos pelas vítimas da violência.

A área da saúde sofre significativamente com o risco de violência. De acordo com Conn; e Lion (1983 *apud* CAMPOS; PIERANTONI, 2010), os pacientes agridem os profissionais da saúde nas diferentes áreas deste setor, principalmente nas unidades psiquiátricas, nas salas de emergências, nas unidades clínicas e cirúrgicas e na pediatria. Entre os grupos de trabalhos, as principais vítimas são os profissionais que trabalham nas ambulâncias, no atendimento às emergências e nas equipes de enfermagem.

Reflita

A violência deve ser compreendida a partir da articulação de suas múltiplas facetas. Tornou-se um problema mundial de saúde pública ao afetar fortemente a qualidade de vida da população ao redor do mundo (ANDRADE; BEZERRA JÚNIOR, 2009). Reflita sobre as implicações que esse cenário produz no cotidiano do profissional da saúde.

A **agressividade** é um comportamento socialmente censurado, exceto em grupos ligados à marginalidade ou à delinquência. Contudo, é necessária para reagir aos desafios e demandas da vida cotidiana, desde que seja expressa de modo construtivo, para defender-se do perigo ou para expressar ideias e conhecimentos, por exemplo.

Segundo Ferreira; e Capitão (2006), a agressividade é inata ao ser humano e representa uma forma de proteção contra ameaças externas. Os autores recorreram a Freud (1998 *apud* FERREIRA; CAPITÃO, 2006) ao afirmar que a agressividade necessita de um estímulo externo para se manifestar. A psicanálise defende que a agressividade é constitutiva do ego. Diz respeito à libido e se expressa nas relações objetais. Contudo, pode ser sublimada ou recalcada ao invés de direcionada ao objeto, uma vez que o caráter civilizatório favorece a mediação simbólica por meio da linguagem.

A Organização Mundial da Saúde (2010 *apud* VALADÃO, 2014) observou que , quando a agressividade se manifesta com intensidade durante a adolescência, há correlação com o comportamento violento e com o abuso de drogas, lícitas ou ilícitas. Portanto, quanto antes a família intervir, levando a criança ou o adolescente ao sistema de saúde, mais possibilidades de redução da agressividade existem.

Sem medo de errar

Ao receber o último plantão, Andrea, a enfermeira-chefe do pronto atendimento (PA), conheceu o caso de Iris, uma jovem de 23 anos que deu entrada no Pronto Atendimento na noite anterior ao plantão. Em seu prontuário consta que foi realizado atendimento de urgência em função da seguinte queixa: ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal com seus familiares e mania de perseguição. Iris, inclusive, recusou-se a tomar a medicação via oral porque acreditava que ela estava contaminada. Por essa razão, foi muito agressiva com a equipe da saúde que, diante de sua resistência, a manteve internada. A direção do hospital questiona se houve de fato a necessidade de internação e se o caso justifica o atendimento de urgência cedido à paciente.

Atenção

Emergência psiquiátrica é caracterizada por alto risco de morte ou dano grave para o paciente ou para terceiros, por isso, requer intervenção terapêutica imediata. No entanto, há situações que aparentemente sugerem tratar-se de uma emergência, mas não se insere no conceito de uma emergência (MENEGON *et al.*, 2014).

Os níveis de emergência determinam o tempo em que o atendimento deve ser prestado ao paciente psiquiátrico, assim como diferencia emergência, urgência e atendimento eletivo. A emergência (nível 1) é aplicada a distúrbios de pensamento, sentimentos ou ações. Situações que precisam receber atendimento ou intervenção imediata e inadiável, dentro de minutos ou horas. Aplica-se quando o paciente está violento, tenta suicídio, manifesta estupor depressivo, excitação maníaca, automutilação, juízo crítico fortemente comprometido e severa autonegligência. Por sua vez, a urgência (nível 2) compreende situações com riscos de menor grau e necessita de intervenção breve, dentro de dias ou semanas. Aplica-se a quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas e sintomas psicóticos.

Sendo assim, o caso de Íris classifica-se como urgência nível 2 (e não emergência), pois os sintomas apresentados (ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal com seus familiares e mania de perseguição) não levam ao risco de suicídio ou excitação maníaca, por exemplo. No entanto, a agressividade e a mania persecutória (observadas ao acreditar que o remédio está envenenado) são características da paranoia. Neste caso, é importante fazer um diagnóstico diferencial com o objetivo de identificar se se trata de estruturação paranoica da personalidade ou de um transtorno paranoico secundário induzido por medicamentos. De qualquer modo, o tratamento mais atual é a medicação e a psicoterapia; a internação de Iris, portanto, foi desnecessária.

Avançando na prática

Agitando a enfermaria sete

Descrição da situação-problema

Andrea foi chamada à enfermaria 7 porque Conrado, um paciente de 59 anos, internado há 2 meses no hospital, passou a comportar-se de modo fortemente irritado, falando muito mais e em alto tom, dizendo coisas inadequadas e agressivas. Mostra intensa atividade motora ao agachar e levantar em ritmo acelerado repetidas vezes. Além disso, ameaça bater em quem se aproxima, pois desconfia da intenção do outro. Esta sintomatologia surgiu após noites seguidas de insônia. Em sua família não há registro de quadros psiquiátricos e o paciente jamais demonstrou qualquer comportamento inadequado. Ajude Andrea a identificar do que se trata o seu comportamento (diagnóstico) e o procedimento indicado ao transtorno que Conrado apresenta. Para tanto, retome os conceitos apresentados nesta seção como: crise, agitação psicomotora, violência e raiva.

Lembre-se

O profissional da saúde deve priorizar a atenção a pacientes com demanda emergencial. Para tanto, é importante adotar o diagnóstico diferencial, a partir do qual será definido o tipo de atendimento necessário.

Resolução da situação-problema

Para diagnosticar o caso, Andrea contou com o relato do acompanhante de Conrado. A partir da análise dos dados colhidos, entendeu que os sintomas apontam para o diagnóstico de agitação psicomotora, o que coloca o paciente na condição de receber atendimento de emergência.

A agitação psicomotora (subtipo paranoide) é um comportamento agressivo que causa danos físicos e/ou morais tanto ao paciente quanto às pessoas que estão ao seu redor. É caracterizado por: inquietação; desconfiança; aumento da excitabilidade psíquica; respostas fortes ou exageradas aos estímulos; irritabilidade; resposta verbal aumentada, inadequada e repetitiva; e atividade motora intensificada. Está associada à insônia, à hostilidade e à logorreia, o que se observa com clareza no caso em questão. Desse modo, o procedimento indicado nesse momento é a medicação prescrita por um médico psiquiatra.

Faça você mesmo

Agora, retorne ao texto e identifique os nove subtipos de agitação psicomotora a partir de suas características específicas. Entenda o que diferencia um subtipo de outro.

Faça valer a pena

1. Marque a alternativa que indica o atendimento adequado a um paciente psiquiátrico que ingressa em uma unidade de saúde ameaçando provocar danos graves a seus familiares, pois se encontra agressivo:

a) Atendimento de urgência.
b) Atendimento eletivo.
c) Atendimento de emergência.
d) Urgência de prioridade mínima.
e) Urgência de prioridade baixa.

2. Assinale a alternativa que define corretamente o conceito de crise:

a) Ausência de sofrimento que acomete um indivíduo sem consciência de seus atos.
b) Situação com a presença de sofrimento psíquico grave, complicado ou não por comorbidades clínicas.
c) Mecanismo que protege o homem contra a perda de seu poder imaginário.
d) Defesa maníaca caracterizada pela negação do sofrimento.
e) Se manifesta diante do sentimento de frustração, quando um indivíduo encontra um empecilho para realizar algo que deseja.

3. Marque a alternativa que elenca corretamente sintomas associados à agitação psicomotora:

a) Aumento da excitabilidade psíquica, respostas exageradas a estímulos, e resposta verbal aumentada.
b) Letargia, negação da realidade e recusa à orientação médica.
c) Irritabilidade seguida de sonolência e apatia.
d) Resposta verbal aumentada, isolamento e depressão.
e) Depressão e respostas exageradas a estímulos do ambiente.

Seção 3.2

Assistência de enfermagem no surto psiquiátrico

Diálogo aberto

Na seção anterior você conheceu a diferença entre urgência e emergência, entendeu o que é agitação psicomotora e passou a distinguir raiva, violência e agressividade. Agora, apresentaremos o conceito de surto psiquiátrico (ou psicótico), a visão psicanalítica sobre o surto e, por fim, os princípios que orientam o atendimento de pacientes em surto psiquiátrico. Esses conteúdos estão relacionados diretamente a conceitos apresentados na Seção 2.4. Por isso, é importante que esse estudo seja retomado e que a definição de psicose, seus sintomas e o tratamento apropriado sejam relembrados. Quando necessário, consulte-a. Desta forma, você terá mais facilidade para apreender os conceitos que serão apresentados a seguir.

Vamos iniciar nossas atividades lembrando da situação hipotética apresentada no começo desta unidade. Você tomou conhecimento que o hospital Santíssima Trindade é de grande porte e está localizado em um populoso bairro de uma importante metrópole brasileira. Este hospital, que conta com profissionais de diversas áreas da saúde, além de todas as especialidades médicas, é referência em diversas dessas áreas. Os registros apontam que o ingresso de usuários portadores de transtornos psíquicos tem aumentado no último ano. Andrea é a enfermeira responsável pelo serviço de Pronto Atendimento. Ela conhece bem a demanda desses serviços no hospital, pois é responsável também pela gestão dos dados estatísticos.

O paciente Genaro deu entrada no Pronto Atendimento do hospital Santíssima Trindade apresentando fala confusa e desconexa. Dizia que os nazistas estavam à sua procura porque ele descobriu a fórmula da bomba atômica. Relatava cansaço de tanto se esconder dessa perseguição e afirmava ter se abrigado em diversos locais, mas que, em todos eles, sempre havia alguém o observando pronto para atacá-lo e tomar dele a fórmula secreta. Chegou ao hospital acompanhado por seus familiares, que afirmaram não saber mais como cuidar de Genaro. Segundo eles, o paciente passou a desconfiar que a família também o espionava e, por isso, recusava a comida e os remédios, o que favoreceu o surto. Esse período tem causado muito sofrimento a todos, o que levou Genaro a tentar o suicídio duas vezes, na última semana. Diante da situação, Andrea precisa decidir que tipo de atendimento

é apropriado a este paciente. Ajude-a a definir a intervenção adequada para o usuário. Consulte o conteúdo apresentado da Seção 2.4 e os conceitos que serão apresentados nesta seção. Vamos começar?

Não pode faltar

O **surto psiquiátrico** ocorre principalmente em decorrência dos quadros de psicose e, por isso, também é chamado de surto psicótico. Trata-se de uma manifestação súbita da psicose que se expressa por meio de sintomas como delírios e alucinações. A duração do surto está diretamente relacionada ao fator desencadeador, portanto, não existe uma regra geral que se aplique a todos os casos. Pode durar horas, dias ou semanas (ROCHA, 2015 *apud* PINHEIRO, 2013). O surto psicótico é também compreendido como a perda do contato com a realidade. Para a psicanálise, é uma estratégia radical de defesa contra as demandas contínuas dos laços ou vínculos sociais (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012). Trata-se, portanto, da manifestação ou explosão, aparentemente repentina, de sintomas que caracterizam um tipo de psicose. Neste contexto, o sujeito pode manifestar agressividade, agitação, e fala desconexa, o que pode colocar sua própria vida e a dos outros em risco. Geralmente, desorganiza as relações familiares diante da impotência dos membros da família para lidar com a explosão de sintomas ou ainda pode levá-los a esconder esta realidade em função do estigma social que o sujeito sofre. Geralmente é durante o surto que a família busca a rede de saúde.

Os surtos psiquiátricos também podem ser causados pelo abuso de substâncias psicotrópicas (álcool e medicamentos), pelo uso de drogas ilícitas, por grave desidratação, por intoxicações medicamentosas, acidentes vasculares e hipoglicemia, além da predisposição decorrente de doenças mentais. De qualquer modo, o surto sempre será caracterizado por delírios e alucinações, independentemente de sua causa.

Vocabulário

- **Despersonalização**: sensação de irrealidade e distanciamento de si mesmo; alteração da percepção sobre si; não reconhecimento do próprio corpo.
- **Embotamento**: dificuldade de expressar afeto, sentimentos e emoções de modo apropriado ou adequado, muito comum na esquizofrenia.
- **Estigma**: marca, espécie de rótulo ou carimbo deixado por um eventoou experiência.

Como os surtos decorrem das psicoses, será importante retomarmos o conceito deste termo. **Psicose** é uma síndrome que agrupa doenças mentais que têm em comum, enquanto característica central, a perda de contato com a realidade. Para a psicanálise, significa a falência do id - frente às demandas oriundas das relações sociais - que passa a se manifestar de forma avassaladora. No entanto, Freud (1974) ressalta que as psicoses compõem a construção da personalidade desde a infância e ao longo do desenvolvimento do sujeito. Ao entrar em contato com as demandas do meio social, essa estrutura se manifestará ou fracassará ficando, portanto, sem se pronunciar. Entre as psicoses encontram-se a esquizofrenia e a paranoia, sendo a esquizofrenia, de acordo com Pinheiro (2013), a mais grave e complexa entre as doenças mentais. Esta patologia atinge, aproximadamente, 70 milhões de pessoas ao redor do mundo.

Assimile

A **esquizofrenia** é uma psicose caracterizada por perturbação , provocando o estranhamento da própria intimidade. Entre os seus sintomas estão: despersonalização, distorções do pensamento, da percepção de si mesmo e da realidade externa, afeto inadequado ou embotado. Já a **paranoia** é uma psicose que se manifesta por meio de delírios, tais como: a megalomania, mania persecutória, ciúmes, heretomania e pelo transtorno de personalidade delirante.

De acordo com a psiquiatria, o surto psicótico revela uma distorção dos neurotransmissores ou das substâncias químicas que os neurônios produzem e que são responsáveis pela transmissão de informações a outras células. A dopamina é considerada um neurotransmissor chave da teoria neuroquímica da esquizofrenia e das demais psicoses. Uma gama de outros neurotransmissores está envolvida nesse processo; no entanto, a ciência ainda não domina seu funcionamento, a exemplo do glutomato e da serotonina, como afirma a psiquiatra Clarissa Severino Gama, em entrevista à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FERREIRA; SIBONIS, 2007).

De acordo com a **visão psicanalítica**, os sintomas da psicose (delírios e alucinações) são sempre uma defesa do ego contra um intenso sofrimento que é sentido como "uma dor insuportável" (NÁSIO, 2001, p. 36). O sujeito sente que um corpo estranho ameaça invadir seu corpo e abalar sua integridade psíquica, o que geralmente provoca a despersonalização. Zimerman (1999, p. 228) explica que "a perda da capacidade de discriminação acarreta uma confusão entre o que é verdadeiro e o que é falso"; isso ocorre em relação ao próprio ego e também em relação ao que está fora dele. Portanto,

simbolicamente, o surto psicótico é uma tentativa de cura que o sujeito lança para defender-se do esgarçamento do ego. No entanto, o que se obtém é o rompimento com a realidade – ainda que temporário.

Levando em conta que o homem é indivisível, tanto os seus aspectos psíquicos quanto os seus aspectos físicos estão envolvidos em seu comportamento, inclusive na manifestação do surto psicótico; olhar o sujeito a partir de sua integralidade aumenta a possibilidade de resgatar seu equilíbrio e trazê-lo de volta a realidade objetiva. Portanto, o tratamento do sujeito psicótico deve ocorrer por meio de equipe multidisciplinar e ele precisa ser percebido para além dos sintomas que expressa, ou seja, a partir de sua subjetividade.

Reflita

Um aspecto de extrema relevância é a promoção da reintegração do usuário na sociedade, pois o estigma social decorrente de sua psicopatologia leva-o ao isolamento. Dada esta colocação, reflita e responda às perguntas a seguir:

- Que consequências o estigma social traz para a vida do sujeito psicótico?

- De que modo o profissional da enfermagem pode atuar para minimizar as consequências decorrentes do estigma social?

O atendimento dispensado ao paciente em surto psiquiátrico leva à reflexão sobre o significado de cuidado na área da saúde. Segundo Merhy (2004, p. 40), o ato cuidador ocorre por meio do encontro mediado entre um profissional e um usuário do sistema da saúde, envolvendo um jogo entre necessidade e direitos. "Neste jogo o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção, recuperar, ou produzir graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida". Por isso, o portador de transtorno psiquiátrico coloca nesse processo importante valor a sua vida, e tem a expectativa de ser cuidado como um objeto que necessita de saúde. O paciente em surto psicótico demanda plena assistência de enfermagem, o que pode ser observado por meio do uso inadequado de roupas e acessórios e de outros comportamentos inadequados, como constantes tentativas de fuga, pensamento suicida, potencial para a hetero e autoagressividade, alimentação e hidratação inapropriados e recusa da medicação indicada.

O surto psicótico (ou psiquiátrico) indica a necessidade de assistência semi-intensiva e/ou intensiva, embora não haja sempre risco iminente de morte ou de perda das funções vitais instáveis, apesar das políticas públicas vigentes no âmbito da saúde mental determinarem que o atendimento deve ocorrer, preferencialmente, nos serviços de assistência extra-hospitalar, com

o progressivo encerramento do modelo manicomial (MOURA, 2011). Neste contexto, a família do usuário passou a ser valorizada, assumindo significativo papel no cuidado do sujeito. Passou a participar ativamente do tratamento ao mesmo tempo em que recebeu apoio psicossocial da equipe de saúde, pois é reconhecida como parte importante do processo de transformação da assistência do paciente psiquiátrico (BRASIL, 2010 *apud* MOURA, 2011).

Para Castro, Furegato (2008), é essencial que o profissional de enfermagem tenha por princípio que o portador de doença psiquiátrica é um sujeito singular e apresenta alterações emocionais e comportamentais peculiares. A partir desta concepção, por meio dos cuidados prestados, será possível ajudá-lo a reagir diante de dificuldades, observando suas limitações. O profissional da enfermagem precisa, portanto, acreditar na remissão dos sintomas e na reinserção social do paciente psiquiátrico.

Figura 3.1 | Alusão ao delírio paranoide de perseguição

Fonte: iStock.

O papel do enfermeiro psiquiátrico sofreu modificações à medida que as concepções de saúde e doença mental mudaram. A reforma psiquiátrica apresentou novas responsabilidades ao profissional da enfermagem como a minimização e a contenção do surto, além da ampla participação no tratamento da doença, na promoção da reinserção social, na capacitação e no processo de envolvimento da família do usuário com o tratamento, o que visa diminuir o sofrimento do sujeito em surto psicótico.

De acordo com Pinheiro (2013), para reestabelecer o contato com a realidade – importante objetivo no atendimento ao paciente em surto - é necessário que o tratamento do sujeito psicótico, nos quadros de transtorno bipolar, adote os estabilizadores de humor e antipsicóticos quando a mania estiver presente. Nos quadros de esquizofrenia, deve-se adotar os antipsicóticos. O autor alerta que a medicação somente surtirá efeito quando associada a tratamento psicoterápico, à prática de atividade física e ao acompanhamento de grupos de apoio, pois é o conjunto dessas intervenções que promoverá a reinserção do sujeito tanto na sociedade quanto no ambiente familiar.

De acordo com Stuart (2001 *apud* FEITOSA; CASTRO, 2005), o papel da enfermagem psiquiátrica requer o domínio de três habilidades: (1) cuidados diretos; (2) comunicação; (3) manejo. Tais conhecimentos se manifestam de forma integrada e sobreposta no cuidado ao usuário por meio de atividades de ensino, coordenação, delegação e colaboração. Muitas vezes, observa a autora, o manejo e a comunicação são ignorados, porque são atividades que precisam de muito tempo do profissional da enfermagem. No entanto, a atuação desse profissional na área da psiquiatria implica envolvimento pessoal e interpessoal, de modo a promover e manter a integração do usuário com a família, com o grupo social e com a comunidade, favorecendo a assistência holística e biopsicossocial, como é esperado do enfermeiro que trabalha com um paciente psicótico.

Na década de 1970 emergiu a preocupação com a construção de um referencial teórico que consolidasse a enfermagem como profissão. Em decorrência dessa preocupação surgiu o processo de enfermagem (PE). Trata-se de um instrumento metodológico que sistematiza a prestação de cuidados e promove a aplicação prática do referencial teórico no atendimento ao usuário (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007). A adoção do PE permite a identificação das demandas que precisam de cuidado do profissional da enfermagem, apesar dessa prática não ser uma unanimidade entre os enfermeiros. De acordo com Carvalho *et al.* (2007):

> “O processo de enfermagem é um método de trabalho utilizado para viabilizar o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao cliente, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas para a melhora do cliente, deixando o processo mais dinâmico, individualizado e humanizado na prestação de cuidados de enfermagem.

Neste contexto, ganhou relevância também a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) – definida como “coleta de dados, diagnóstico, planejamento,

implementação e avaliação de forma que auxilie a pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde-doença" (Resolução COFEN n. 358/2009). De acordo com Silva *et al.* (2013, p. 44), e a Resolução COFEN n. 358/2009, a SAE adota cinco etapas inter-relacionadas: (1) Coleta de Dados de Enfermagem; (2) Diagnóstico de Enfermagem; (3) Planejamento de Enfermagem; (4) Implementação; (5) Avaliação de Enfermagem.

O objetivo da SAE é auxiliar o profissional de enfermagem no atendimento aos pacientes e, neste caso, ao usuário portador de doença mental a partir da estruturação do atendimento, o que deve ocorrer por meio de etapas, considerando sempre que o atendimento deve acontecer a partir do trabalho interdisciplinar, com interdependência entre os diversos profissionais da saúde, planejamento e implementação dos cuidados, observando a autonomia do usuário (FURLAN; RIBEIRO, 2011). Na atualidade, o papel do profissional de enfermagem foi ampliado por meio de atribuições relativas à gestão e não mais se restringe aos cuidados físicos como há décadas atrás, quando o enfermeiro se ocupava essencialmente da contenção do surto, da aplicação dos medicamentos e da manutenção da higiene do usuário.

Em relação ao diagnóstico, a primeira atividade do enfermeiro no atendimento ao paciente em surto psicótico é resgatar a história clínica e psiquiátrica deste usuário, o que normalmente ocorre durante o exame ou durante a entrevista psíquica, muitas vezes realizada com a família ou com o acompanhante. Esses dados serão fundamentais para a elaboração do diagnóstico e para o profissional ministrar o tratamento, comunicar-se com o paciente e orientar sua família.

Exemplificando

Para pesquisar o histórico do paciente, faça perguntas abertas. Poderá lançar a seguinte questão, por exemplo: "conte-me sobre sua experiência com a doença, do início até hoje." Esse tipo de solicitação facilita a construção do histórico do paciente à medida que o induz a pensar em toda a sua experiência relativa à doença. Para tanto, realize a entrevista em ambiente tranquilo e seguro, o que favorecerá a confiança, levando o usuário a fornecer as informações essenciais para a compreensão de seu quadro de saúde.

Sem medo de errar

O paciente Genaro deu entrada no Pronto Atendimento do hospital Santíssima Trindade apresentando fala confusa e desconexa. Dizia que os nazistas estavam à

sua procura porque ele descobriu a fórmula da bomba atômica. Relatava cansaço de tanto se esconder dessa perseguição e afirmava ter se abrigado em diversos locais, mas que, em todos eles, sempre havia alguém o observando para atacá-lo e tomar dele a fórmula secreta. Chegou ao hospital acompanhado por seus familiares, que afirmaram já não saber mais como cuidar de Genaro. Segundo eles, o paciente passou a desconfiar que a família também o espiona e, por isso, recusava a comida e os remédios, o que favoreceu o surto. Esse período tem causado muito sofrimento a todos, o que levou Genaro a tentar o suicídio duas vezes, na última semana. Diante da situação, Andrea precisa decidir que tipo de atendimento é apropriado a este paciente. Ajude-a definir a intervenção para o usuário. Para isso, consulte o conteúdo apresentado da Seção 2.4 e os conceitos apresentados nesta seção.

Atenção

Alucinações são alterações dos sentidos e se manifestam no campo da visão, da audição e do paladar, o que leva o indivíduo que alucina a interpretar o ambiente como ameaçador. Os **delírios** são sentenças afirmações lançadas sobre dada situação apoiada em convicção equivocada, pois fundamentam-se em falsas conclusões, obtidas a partir da observação da realidade exterior e que não se altera diante de dados contrários, ou seja, diante de dados reais.

Genaro claramente se encontra em um surto psicótico, o que pode ser observado por meio dos delírios. Estes são responsáveis pela distorção da realidade: a crença de ser perseguido por nazistas e pela família, que pode ter contaminado seus remédios e sua alimentação. Os delírios fazem Genaro agir com agressividade para se defender do perigo que acredita existir, a ameaça nazista. A autoagressividade (expressa muitas vezes por tentativas de suicídio) e a fala desconexa são sintomas característicos da psicose e se expressam durante o surto. Tudo isso confirma que o caso é uma emergência psiquiátrica. Diante desse quadro, o paciente deve permanecer no hospital até ser medicado pelo psiquiatra e sua agressividade ser controlada. Em seguida, Andrea deve encaminhá-lo para uma unidade extra-hospitalar com a finalidade de receber cuidados prestados por equipe multidisciplinar e, então, ser tratado em sua totalidade (aspectos físicos, psíquicos, sociais e relativos à família).

O desconhecimento da doença levou a família de Genaro a procurar o hospital. Cabe a Andrea orientá-la em relação à psicopatologia do paciente, sobre a necessidade de assegurar que o paciente siga rigidamente a prescrição médica e sobre a participação, tanto de Genaro como de sua família, em

grupos de apoio. No entanto, antes de tal orientação, é fundamental que Andrea colha, junto aos familiares de Genaro, dados sobre sua saúde clínica e psiquiátrica, uma vez que, durante o surto, o paciente não tem condições de relatar seu histórico, pois rompeu o contato com a realidade.

Faça você mesmo

Agora, faça um checklist das cinco etapas da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) considerando um quadro de surto psicótico.

Avançando na prática

Eu sou eu ou sou ela?

Descrição da situação-problema

Jurema é uma estudante de 20 anos de idade com histórico de esquizofrenia. Frequenta o CAPS AD há dois anos, portanto, conta com tratamento multidisciplinar. No entanto, interrompeu o uso da medicação, o que desencadeou um surto psiquiátrico. Foi contida por familiares e levada ao hospital Santíssima Trindade onde chegou relatando que seus vizinhos estavam querendo tomar conta de seu corpo. Diz que não era tão magra como está e que isso acontece porque esse não é o seu corpo. Após algum tempo, seu discurso mudou. Disse que, apesar de quererem invadir seu corpo, não conseguiram fazer isso. "Minha vizinha entra e sai de mim. Esse rosto não é o meu". Disse que levaram suas pernas e que sua vizinha trocou de pernas com ela.

O discurso desconexo de Jurema chamou a atenção dos estagiários de enfermagem. Os estudantes pediram a Andrea que ela explicasse o que se passa com a usuária, querem saber mais sobre o quadro de Jurema. Ajude Andrea a elaborar e apresentar o diagnóstico dessa usuária aos estagiários.

Lembre-se

De acordo com Pinheiro (2013), a esquizofrenia é a mais grave e mais complexa doença mental. Para a psicanálise, o surto psicótico é uma tentativa de cura que o sujeito lança para se defender do esgarçamento do ego. No entanto, o que se obtém é o rompimento com a realidade, principal característica do surto psicótico.

Resolução da situação-problema

O surto psicótico de Jurema é decorrente da esquizofrenia, o que pode ser constatado ao observar as distorções de seu pensamento, da percepção de si mesma e da realidade externa - reveladas em seu discurso desconexo. Jurema sente que algo externo (a vizinha) ameaça invadir seu corpo e, deste modo, abalar sua integridade psíquica; além disso, não sabe que partes do corpo são dela ou são da vizinha, o que caracteriza despersonalização. Zimerman (1999, p. 228) explica que "a perda da capacidade de discriminação acarreta uma confusão entre o que é verdadeiro e o que é falso".

Faça você mesmo

Agora, volte ao texto e identifique o tipo de cuidado que Andrea deve dispensar à usuária. Considere o tipo de tratamento indicado para casos como o de Jurema.

Faça valer a pena

1. Assinale a alternativa que aponta os sintomas que caracterizam o surto psicótico:

a) Fuga e enfrentamento.
b) Depressão e mania.
c) Apatia e medo.
d) Tristeza e mania.
e) Delírios e alucinações.

2. Assinale a alternativa que aponta o modo como a família pode reagir ao surto psicótico de um de seus membros:

a) Sente-se encorajada a lutar contra o sofrimento do sujeito.
b) Busca esconder a situação para evitar a estigmatização.
c) Nega a realidade e abandona o sujeito psicótico.
d) Sempre busca a internação como primeira alternativa.
e) Adoece junto com o paciente para entender seu sofrimento.

3. Assinale a alternativa que aponta a principal característica dos quadros de psicose:

a) Fortalecimento da consciência em relação ao próprio estado de saúde.
b) Tristeza e melancolia.
c) O afastamento da família e do tratamento médico.

d) A perda do contato com a realidade.
e) O enfrentamento da realidade com agressividade e medo.

Seção 3.3

Assistência de enfermagem na intoxicação

Diálogo aberto

Caro aluno! Vamos prosseguir em nossa busca por conhecimento. Na seção passada, você conheceu a diferença entre os modos como a psiquiatria e a psicanálise compreendem a doença mental. Conheceu importantes termos psicanalíticos relativos à psique, ao funcionamento do aparelho psíquico e aos seus mecanismos de defesa. Agora, abordaremos a assistência dos profissionais da enfermagem a casos de intoxicação. Nosso foco serão as ocorrências de intoxicação no âmbito na psiquiatria. Portanto, inicialmente, apresentaremos o conceito de intoxicação, suas causas e os diversos modos como pode ocorrer. Na sequência, discorreremos sobre a assistência de enfermagem nesse contexto. Essa temática retoma o conceito de suicídio, abordado na Seção 2.4, na qual apresentamos as características da depressão. Deste modo, será relevante retomar essa seção. Consulte-a.

Para começar, vamos relembrar a situação hipotética apresentada no começo desta unidade. Você tomou conhecimento que o hospital Santíssima Trindade é de grande porte e está localizado em um populoso bairro de uma importante metrópole brasileira. Este hospital, que conta com profissionais de diversas áreas da saúde, além de todas as especialidades médicas, inclusive é referência em diversas dessas áreas. Os registros apontam que o ingresso de usuários portadores de transtornos psíquicos tem aumentado no último ano. Andrea é a enfermeira responsável pelo serviço de Pronto Atendimento. Ela conhece bem a demanda desses serviços no hospital, pois é responsável também pela gestão dos dados estatísticos.

Andrea estava no plantão quando Marcio, um homem de 39 anos, deu entrada no Pronto Atendimento apresentando os seguintes sintomas: tontura, hipotermia, fala pastosa e dificuldade para respirar. Chegou acompanhado de sua esposa, Letícia, que relatou que ele passou a beber diariamente após ser demitido do emprego e que naquela noite havia extrapolado, pois bebeu desde o início da manhã até o momento em que foi levado ao hospital, às 22 horas. Letícia mostrou-se muito nervosa e preocupada com o desdobramento do quadro de saúde de seu marido. No entanto, Andrea precisa de mais informações para elaborar o diagnóstico e, em seguida, prescrever o tratamento apropriado. Ajude-a a levantar o histórico clínico do paciente e fazer o diagnóstico. Para tanto, fique atento ao texto a seguir e retorne à Seção 2.2 para relembrar os tópicos sobre a assistência de enfermagem em dependentes químicos. Vamos começar?

Não pode faltar

A intoxicação é resultado da ingestão ou contato da pele, da mucosa ou dos olhos com substâncias químicas, incluindo as drogas, lícitas ou ilícitas. O manuseio de substâncias químicas ou tóxicas sem a devida observação dos cuidados necessários à proteção da saúde provoca intoxicações compreendidas como acidentes. A ingestão ou contato com substâncias que representam risco letal podem ocorrer por acidente ou desconhecimento, mas também são observadas com frequência em casos de tentativa de homicídio, aborto e suicídio. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2004 *apud* SÃO PAULO, 2012), aproximadamente um milhão de pessoas morrem anualmente devido ao suicídio e as substâncias químicas são responsáveis por um percentual significativo dessas mortes. De acordo com Santos *et.al.* (2013, p. 54):

> "A intoxicação exógena se destaca como meio utilizado para a tentativa/suicídio. Dentre as principais substâncias usadas estão os agrotóxicos, com frequências de até 90% nos países em desenvolvimento, enquanto que o uso de medicamentos chega a 60% e é mais frequente em países desenvolvidos. No Brasil, a intoxicação exógena é responsável por aproximadamente 70% dos casos notificados.

A **intoxicação exógena aguda (IEA)** é a intoxicação provocada pela exposição a substâncias químicas de uso doméstico, agrotóxicos ou medicamentos. A IEA é também denominada overdose. De acordo com Chaves (2003 *apud* KACHAVA; ESCOBAR, 2005), trata-se do uso de quaisquer drogas cuja quantidade ingerida ou a combinação com outras drogas não foi tolerada pelo organismo.

Vale ressaltar, em consonância com o tema desta disciplina, que nosso interesse recai sobre as modalidades de intoxicação relacionadas à área da saúde mental, como as causadas por drogas lícitas e ilícitas, pelo álcool e pela ingestão de remédios, por exemplo, ou ainda as intoxicações utilizadas na tentativa ou consumação do suicídio, pois estão relacionadas a quadros psiquiátricos.

Assimile

- A tentativa de suicídio é compreendida como qualquer ação autodirigida que levará à morte, se não for interrompida (STUART; LARAIA, 2002 *apud* AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005).

- A intoxicação alcoólica aguda está relacionada com o suicídio, pois o sujeito substitui a inibição pelo comportamento impulsivo e se expõe ao risco, o que aumenta em seis vezes as chances de suicídio (HOLMGREN, 2010 *apud* AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005).

Ao pesquisar internações hospitalares em decorrência de intoxicação, Reis *et al*. (2013) constataram que esse tipo de internação é predominante na fase adulta do ciclo vital, portanto, na fase economicamente ativa do sujeito. Os autores asseguram que "entre as circunstâncias para as ocorrências toxicológicas, e a consequente internação, o abuso de drogas ocupou o primeiro lugar, principalmente o abuso do álcool"(REIS *et al*., 2013, p. 508). Afirmam ainda que o desfecho clínico do elevado número dessas internações, em sua maioria, levou os pacientes à terapia intensiva e, em seguida, ao óbito. A segunda causa de internação por intoxicação é a ingestão de medicamentos. Contudo, verificou-se um número significativo de crianças intoxicadas por agrotóxicos. Os autores constataram que quando envolve crianças, a intoxicação é explicada pelo armazenamento incorreto da substância química, pois facilita o acesso que, somado à curiosidade infantil, leva ao acidente. Já na população adolescente as demandas psicossociais que caracterizam esta fase do ciclo vital podem aumentar a vulnerabilidade quando estes sujeitos têm acesso a substâncias químicas, favorecendo, deste modo, as tentativas de suicídio.

Bertelote, Santos e Botega (2010) e Lovisi *et al*. (2009 *apud* MEDEIROS, 2013) afirmam que a maioria das tentativas de suicídios, e também dos suicídios consumados, ocorrem em pessoas que sofreram doença clínica e, ao mesmo tempo, são acometidas por transtornos psiquiátricos, como: depressão, agitação motora e delírio. Observou-se, também, que as tentativas anteriores de suicídio estão associadas à dependência de drogas, ausência do apoio social, histórico de suicídio na família, forte inclinação suicida, experiência com eventos estressantes, pobreza, desemprego e baixo nível educacional. Deste modo, os fatores sociodemográficos revelam ser um importante fator no contexto da saúde mental.

De acordo com Oliveira e Buriola (2009 *apud* REIS *et al*., 2013), as tentativas de suicídio por meio de medicamentos e agrotóxicos são responsáveis por maior gravidade entre os diversos tipos de intoxicações, o que se explica pelo acesso a maiores quantidades desses agentes. De acordo com Ferreira e Figueiredo (2013), a IEA é conhecida também como envenenamento e está quase sempre associada a situações de emergência. As pessoas que recorrem

à contaminação, como nas tentativas de suicídio, usando com frequência a Aldicarb, substância cujo nome popular é "chumbinho", facilmente encontrado de modo clandestino no Brasil (MORAES, 1999 *apud* FERREIRA; FIGUEIREDO, 2013).

Constata-se que a intoxicação por medicamento aumenta o período de internação e a necessidade de tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI) e os agrotóxicos mostraram-se mais letais que os medicamentos. Bertelote, Sanros e Botega (2010) e Lovisi *et al.* (2009 *apud* MEDEIROS, 2013). Chamam a atenção para o impacto e as mudanças que essa situação provoca na família dos usuários durante a hospitalização. Verificaram, entre os familiares, o crescimento do medo, do sofrimento e de dúvidas relativas ao risco de morte e incertezas em relação ao tratamento e ao prognóstico para o membro familiar. Reis *et al.* (2013, p. 511) concluem afirmando que:

> "O percentual de óbitos na população investigada (106 - 4,3%) é alto mesmo para os padrões de terapia intensiva e perverso, considerando que a maioria das intoxicações são evitáveis por métodos comportamentais ou políticas públicas [...].

Reflita

Reis *et al*. (2013) acreditam o caminho para reduzir a sensação de invulnerabilidade da população masculina é adotar estratégias de prevenção das intoxicações que abordem, além da avaliação de risco físico, estratégias de incentivo aos homens para buscarem a ajuda de profissionais da saúde quando se encontrarem diante de problemas emocionais, relacionados com a saúde mental ou pelo abuso de substâncias.

As mulheres tentam o suicídio dez vezes mais do que os homens. Contudo, consumam o ato três vezes menos. De acordo com Kapur *et al.* (2005 *apud* REIS *et al*., 2013), esse fenômeno se dá em função dos homens recorrerem a métodos mais agressivos (armas de fogo e ingestão de pesticida) do que os métodos utilizados pelas mulheres, como a overdose de medicamentos, principalmente analgésicos e antidepressivos.

Figura 3.5 | Intoxicação pelo consumo de drogas

Fonte: iStock.

A intoxicação aguda desenvolve síndromes específicas decorrentes da ingestão ou exposição recente a algumas substâncias químicas. Por isso, o tratamento dos quadros de intoxicação aguda tem por objetivo retirar ou eliminar os efeitos agudos das substâncias. Os autores indicam que a desintoxicação, quando ocorre em unidade de emergência psiquiátrica (UEP), não prioriza os efeitos de ordem psicológica, comportamental ou social, pois o primeiro atendimento geralmente é realizado pelo médico de emergência, cujo objetivo do trabalho é resolver as questões físicas ou biológicas (AMARAL *et al*., 2010). No entanto, após o atendimento inicial, o usuário deve ser contemplado com o atendimento dos demais profissionais da equipe multidisciplinar da saúde. Deste modo, cuidará dos outros aspectos envolvidos no comportamento que o levou à intoxicação ou aos efeitos decorrentes deste ato. Vale ressaltar que de acordo com a Portaria n. 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, todos os casos suspeitos ou confirmados de intoxicação deverão ser notificados.

Considerando que intoxicação provoca alterações no sistema nervoso central (SNC) e outros sistemas em função do uso ou contato com substâncias, o sujeito intoxicado terá suas habilidades para realizar tarefas diárias comprometidas.

De acordo com Amaral *et al*. (2010), a Associação Americana de Psiquiatria (2006) defende tratamento de transtornos decorrentes do uso de substâncias e recomenda que o manejo da intoxicação adote as seguintes medidas para pacientes intensamente intoxicados:

1. Promover a diminuição da exposição a estímulos externos, confiança, reorientação e teste de realidade em um ambiente seguro e monitorado.

2. Verificar quais substâncias foram usadas, o caminho da administração, a dose, o tempo desde a última dose e se o nível de intoxicação está aumentando ou diminuindo.

3. Retirar as substâncias do corpo por meio de lavagem gástrica, se a substância tiver sido ingerida recentemente ou por aumento da taxa de excreção.

4. Reverter os efeitos da substância pela administração de antagonistas (naloxone, para superdosagem de heroína, por exemplo), visando deslocar a substância dos receptores.

5. Usar abordagens que estabilizem os efeitos físicos da substância que causou a superdosagem (como entubar o usuário para diminuir o risco de aspiração e usar medicamentos para manter a pressão sanguínea em níveis satisfatórios).

Exemplificando

Pacientes agitados em decorrência de overdose de cocaína podem ser tratados com benzodiazepínicos, antipsicóticos ou a associação de ambas a medicações (AMARAL *et al.*, 2010).

Conforme defendem Nóbrega *et al.* (2015), o atendimento de urgência é fundamental para reverter o risco de casos de intoxicação aguda. Para tanto, é preciso observar as seguintes normas e protocolos específicos: (1) a avaliação clínica e definição do tratamento; (2) a identificação do medicamento e a determinação da sua concentração plasmática inicial.

Schvartsman e Schvartsman (1999), de modo ampliado, indicam as etapas a serem seguidas no atendimento ao paciente.

Quadro 3.4 | Etapas do atendimento ao paciente

Etapas	Procedimentos
Avaliação clínica inicial	Avaliar as condições respiratórias, circulares e neurológicas.
Estabilização	O suporte básico consiste em três manobras: permeabilização das vias aéreas, ventilação pulmonar e massagem cardíaca externa, se necessário. O suporte vital avançado consiste em associar equipamentos auxiliares para ventilação, monitorização cardíaca, uso de drogas e desfibrilação e manutenção da estabilidade do paciente.

Etapas	Procedimentos
Reconhecimento da toxíndrome e identificação do agente causal	Entrevista e exame físico detalhado. Deve-se fazer uma estimativa da quantidade em contato com o organismo, do tempo decorrido desde o acidente até o atendimento, da sintomatologia inicial, do tipo de socorro domiciliar e dos antecedentes médicos importantes. Quando o tóxico for desconhecido, deve-se levantar as informações com familiares ou acompanhantes.
Descontaminação	Etapa em que se procura diminuir a exposição do organismo ao tóxico, quer reduzindo o tempo e/ou a superfície de exposição, quer reduzindo a quantidade do agente químico em contato com o organismo. A conduta varia de acordo com a via da possível absorção do tóxico. As principais vias de exposição aguda humana são digestiva, respiratória, cutânea e percutânea.
Administração de antídotos	Ácido dimercaptosuccínico: conhecido também como DMSA ou succimer, é um agente quelador com dois grupos sulfidrila e que pode ser administrado por via oral. Indicado para os queladores tradicionais, cujo uso é difícil e apresentam importantes efeitos colaterais. É indicado especificamente no tratamento da intoxicação por arsênico, chumbo, mercúrio e prata.
Aumento da eliminação do tóxico absorvido	Diurese medicamentosa, diurese iônica, alcalinização, diálise, depuração biliar, entre outras.
Tratamento sintomático	Deve ser realizado observando os mesmos critérios do atendimento ao paciente portador de afecção clínica que procura um serviço de emergência. Entre os sintomas mais frequentes estão: convulsões, crise alérgica, calor, dor e hipertermia.

Fonte: Schvartsman e Schvartsman (1999).

Avanci, Pedrão e Costa Júnior (2005, p. 2) relatam a experiência com suspeita de intoxicação em uma Unidade de Emergência na cidade de Ribeirão Preto.

> “Todo paciente que é admitido na Sala de Urgência da Unidade de Emergência citada, inicialmente por intoxicação exógena, intencional ou acidental, é avaliado por uma equipe de profissionais preparados para o atendimento clínico. Posteriormente a equipe de psiquiatria é acionada para avaliação. A mesma avalia o paciente e solicita a família em todos os casos. Se a família ou o paciente referir que houve intencionalidade no ato, o diagnóstico realizado é de Tentativa de Suicídio, caso contrário permanece como Intoxicação Exógena.

Antes da alta do usuário, é necessário se certificar de que a substância foi eliminada na medida necessária para que o sujeito possa reassumir o controle de sua vida e tarefas cotidianas. Não havendo retornado a este nível de estabilidade, recomenda-se solicitar que um familiar assuma os cuidados necessários para a mobilidade e recuperação do paciente. Contudo, a desintoxicação é um cuidado paliativo, embora necessário, cujo objetivo é reduzir a intensidade do transtorno (AMARAL *et al.*, 2010). Portanto, geralmente se trata do passo inicial para a recuperação.

Para Dantas *et al.* (2013 *apud* MELO *et al.*, 2015) o paciente intoxicado apresenta demandas clínicas, patológicas e farmacológicas diferentes das apresentadas pelo paciente que normalmente é atendido nos serviços de emergência. Além disso, interage de modo bastante peculiar com o profissional da saúde, o que torna a investigação da história clínica um desafio. É comum que o paciente forneça informações não confiáveis; portanto, é necessário realizar exames físicos detalhados e repetidos continuamente para obter o diagnóstico preciso e dar orientações adequadas. Além disso, é importante entrevistar os familiares e falar novamente com o paciente, quando ele estiver em condições adequadas para relatar seu histórico.

Sem medo de errar

Andrea estava no plantão quando Marcio, um homem de 39 anos, deu entrada no Pronto Atendimento apresentando os seguintes sintomas: tontura, hipotermia, fala pastosa e dificuldade para respirar. Chegou acompanhado de sua esposa, Letícia, que relatou que ele passou a beber diariamente após ser demitido do emprego e que naquela noite havia extrapolado, pois bebeu desde o início da manhã até o momento em que foi levado ao hospital às 22 horas. Letícia mostrou-se muito nervosa e preocupada com o desdobramento do quadro de saúde de seu marido. No entanto, Andrea precisa de mais informações para elaborar o diagnóstico e, em seguida, prescrever o tratamento apropriado. Ajude-a a levantar o histórico clínico do paciente e fazer o diagnóstico. Para tanto, lembre-se do que acabamos de ver nesta seção e retorne à Seção 2.2 para relembrar os tópicos sobre a assistência de enfermagem em dependentes químicos.

Atenção

O paciente intoxicado interage de modo bastante peculiar com o profissional da saúde, o que torna a investigação da história clínica um desafio. É comum que o paciente forneça informações não confiáveis; portanto,

é necessário realizar exames físicos detalhados e repetidos continuamente para obter o diagnóstico preciso e dar orientações adequadas.

O relato de Letícia, somado aos sintomas apresentados por Marcio, apontam para um quadro de intoxicação exógena aguda (IEA). De acordo com Chaves (2003 *apud* KACHAVA; ESCOBAR, 2005), a IEA ocorre a partir do uso de quaisquer drogas cuja quantidade ingerida ou a combinação com outras drogas não foi tolerada pelo organismo. No caso de Marcio, a intoxicação foi provocada pela excessiva ingestão de álcool. Diante desse cenário, há duas medidas importantes a serem tomadas por Andrea para elaborar um diagnóstico preciso e indicar o tratamento adequado. Como o paciente intoxicado costuma fornecer informações não confiáveis, a primeira medida é realizar um exame físico detalhado e repeti-lo continuamente. Em seguida, deve realizar uma entrevista detalhada com Letícia. Nessa entrevista Andrea deve investigar, entre outros aspectos, se o paciente sofre de alguma doença mental. Esse dado quando confirmado requer uma abordagem específica. No entanto, vamos considerar que Marcio não é portador de doença mental.

Andrea optou pelo tratamento indicado pela Associação Americana de Psiquiatria (2006 *apud* AMARAL *et al.* (2010), deste modo, seguiu e observou os passos a seguir: 1) promoveu a diminuição da exposição a estímulos externos; 2) verificou quais substâncias foram usadas, o caminho da administração, a dose, o tempo desde a última dose e se o nível de intoxicação estava aumentando ou diminuindo; 3) retirou as substâncias do corpo por meio de lavagem gástrica; 4) reverteu os efeitos da substância pela administração de antagonistas; 5) usou abordagens que estabilizaram os efeitos físicos da substância que causou a superdosagem.

Avançando na prática

Socorro! Alguém pode perceber que estou aqui?

Descrição da situação-problema

Milena é uma dona de casa de 42 anos com importante histórico de depressão. Seu marido trabalha em uma plataforma de petróleo, portanto, fica 15 dias embarcado (trabalhando em alto mar) e 15 dias em casa. O casal tem dois filhos que se mudaram para outra cidade para cursar uma universidade federal. Milena sempre foi muito caseira e se sente muito sozinha depois que os filhos saíram de casa. Com isso, seu quadro depressivo se agravou, o que a levou a tentar o suicídio ingerindo uma grande quantidade

de remédios. Uma vizinha a levou para o hospital Santíssima Trindade, onde recebeu atendimento e agora se encontra na enfermaria aguardando alta hospitalar. Após estabilizar os sintomas, Andrea precisa orientar a usuária em relação ao tratamento que deve seguir, caso contrário continuará exposta a mesma situação psíquica e emocional que a levou a tentar suicídio. Ajude Andrea a orientar Milena em seu tratamento.

Lembre-se

Jardim (2011) ressalta que os sintomas centrais da depressão são: tristeza sem motivo aparente, desânimo, desinteresse pela vida social e pelo trabalho, irritabilidade, inapetência, insônia e silêncio frequente. De acordo com Zimerman (1999), os variados tipos de depressão têm em comum: baixa autoestima; sentimento de culpa sem causa definida; exacerbada intolerância a perdas e frustrações; sentimento de perda do amor e permanente estado de algum desejo inalcançável; entre outros sintomas.

Resolução da situação-problema

A partir da compreensão psicanalítica, o quadro depressivo de Milena se agravou quando a paciente significou a saída de seus filhos de casa como perda do objeto amado (no caso dois importantes objetos, já que ambos os filhos saíram de casa ao mesmo tempo). Como tem uma vida voltada ao cuidado da casa, do marido e dos filhos, ao se deparar sozinha, provavelmente se sentiu esvaziada, sem motivo para continuar vivendo. Isto, somado ao quadro depressivo que já existia, intensificou sua angústia, levando-a a recorrer ao suicídio, ato que sinaliza um pedido de ajuda. Para tratar esse estado psíquico, é imprescindível procurar um psiquiatra (em função da tentativa de suicídio) e um psicólogo. A medicação irá conter a angústia nesse momento de crise. A psicoterapia trabalhará as causas de seu atual estado mental. Desta forma, sua autoestima tende a ser fortalecida e possibilitará Milena a buscar atividades que lhe devolvam o sentido da vida. É importante indicar, também, um grupo terapêutico voltado a alguma atividade que goste de fazer (trabalhos manuais, leitura de textos, atividade física, entre outros). Isso irá preencher parte de seu tempo por meio da realização de algo que lhe proporciona prazer e contribuirá para o resgate de seu equilíbrio.

Faça você mesmo

Agora, trace a relação entre depressão e suicídio. Retorne à Seção 2.4, relembre tais conceitos e indique o tratamento adequado para Milena.

Faça valer a pena

1. Quando a intoxicação é provocada pela exposição a substâncias químicas de uso doméstico, agrotóxicos ou medicamentos, recebe o nome de intoxicação exógena aguda (IEA). Nesse contexto, as substâncias químicas (medicamentos, agrotóxicos, cosméticos, produtos de uso domésticos, plantas, drogas, bebidas e alimentos) provocam sinais e sintomas clínicos específicos do quadro de intoxicação ou alterações laboratoriais que sugerem a intoxicação como causa provável (BRASIL, 2009 *apud* SANTOS; ALMEIDA NETO; CUNHA, 2015).

Assinale a alternativa que mostra o termo que também define intoxicação exógena aguda:

a) Alergia.
b) Overdose.
c) Envenenamento.
d) Reação negativa.
e) Reação natural.

2. A intoxicação é resultado da ingestão ou contato da pele, da mucosa ou dos olhos com substâncias químicas, incluindo as drogas, lícitas ou ilícitas.

Assinale a alternativa que indica as formas como a ingestão de substâncias químicas podem ocorrer:

a) Por orientação do Governo.
b) Por recomendação médica.
c) Por acidente ou intenção de matar.
d) Em decorrência de testes da substância.
e) Por orientação do produtor da substância.

3. Ao pesquisar internações hospitalares em decorrência de intoxicação, Reis *et al.* (2013, p. 508) constataram que esse tipo de internação é predominante na fase adulta do ciclo vital, portanto, na fase economicamente ativa do sujeito.

Assinale a alternativa que aponta a substância responsável pelo maior número de internações entre a população estudada por Reis *et al.* (2013):

a) Abuso de drogas.
b) Pesticidas.
c) "Chumbinho".
d) Analgésicos.
e) Antidepressivos.

Seção 3.4

Assistência de enfermagem nas emergências psiquiátricas da criança e do adolescente

Diálogo aberto

Vamos continuar nossa trajetória acadêmica. Nesta seção você vai conhecer a assistência de enfermagem nas emergências psiquiátricas da criança e do adolescente. Conhecerá também a relação da infância e da adolescência com os transtornos mentais e a visão psicanalítica sobre essa questão, a partir de conceitos freudianos apresentados anteriormente. Para aproveitar melhor os novos conhecimentos, será essencial retomar conceitos apresentados em seções anteriores. Na Seção 2.1, relembre como se desenvolve a personalidade, segundo a concepção de Sigmund Freud; na Seção 2.4, você encontra os conceitos de transtornos de humor e psicose; na Seção 3.1, recorde aspectos importantes sobre as emergências psiquiátricas; e na Seção 3.3, você pode relembrar como deve ocorrer a assistência de enfermagem na intoxicação. Deste modo, ficará mais produtivo iniciar seu percurso nesta seção.

No início desta unidade você tomou conhecimento que o hospital Santíssima Trindade é de grande porte e está localizado em populoso bairro de importante metrópole brasileira. Este hospital, que conta com profissionais de diversas áreas da saúde, além de todas as especialidades médicas, é referência em várias dessas áreas. Os registros apontam que o ingresso de usuários portadores de transtornos psíquicos tem aumentado no último ano. Andrea é a enfermeira responsável pelo serviço de Pronto Atendimento. Ela conhece bem a demanda desses serviços no hospital, pois é responsável também pela gestão dos dados estatísticos. A triagem dos usuários que ingressam no Pronto Atendimento está a cargo da equipe de enfermagem, portanto, cabe a estes profissionais classificar e direcionar os pacientes.

Roberto é um estudante de 16 anos que saiu para comprar pão, a pedido de sua mãe. No trajeto, se esqueceu do que estava fazendo e de onde mora. Começou a gesticular de modo incisivo e a falar coisas sem sentido. Dizia que era perseguido por pessoas que queriam roubar seu dinheiro, pois ganhou sozinho o prêmio da Mega-Sena. Iria fazer um cruzeiro com seus melhores amigos, mas as pessoas que o invejavam não seriam chamadas, como sua tia Camila, que, segundo Roberto, chamava sob a janela de seu quarto toda noite e o ameaçava de morte. Diante disso, as pessoas começaram a se aglomerar a seu redor e, por fim, chamaram o SAMU, que o levou ao hospital Santíssima

Trindade. Andrea estava responsável pelo plantão e, dessa forma, o gerenciamento gerenciamento desse atendimento está sob sua responsabilidade. Ela precisa tomar todas as providências, desde o ingresso do usuário no Pronto Atendimento até às medidas relativas ao tratamento após a alta. Ajude-a a tomar as medidas apropriadas para esse caso. Vamos começar?

Não pode faltar

A **infância** compreende o período da vida que inicia com o nascimento e segue até o momento em que antecede o ingresso na adolescência. Do ponto de vista psicanalítico, é a fase em que ocorrem as experiências fundamentais para a construção da personalidade, como o Complexo de Édipo. Tais experiências podem determinar estruturas psíquicas adequadas ou comprometidas, do ponto de vista da saúde mental. A importância desse período para a saúde mental do sujeito deve ser observada em outras áreas além do campo psicanalítico. IACAPAP (2005, p. 2), compartilha as ideias pregadas pela psicanálise, como pode ser constatado a seguir: quanto mais riscos as pessoas experimentam no início da vida, piores são os desfechos de seu desenvolvimento e maior é a probabilidade de experimentarem sofrimento psicológico ou transtornos de saúde mental (SAMEROFF *et al.*, 2003 *apud* IACAPAP, 2005). Ao contrário, quanto mais oportunidades na infância e adolescência elas tiverem de experienciar e acumular os efeitos positivos dos fatores protetores que superam fatores de risco negativos, mais provável será que elas mantenham a saúde mental e o bem-estar na vida adulta (TODD, 2003 *apud* IACAPAP, 2005).

A incidência de transtorno mental na infância varia, aproximadamente, de 10% a 20%. Os mais comuns são: transtornos invasivos do comportamento; transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; transtorno de ansiedade de separação; transtorno de ansiedade generalizada; depressão; esquizofrenia; anorexia; bulimia; e o uso de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas (ALMEIDA, 1985; FICHTNER, 1997 *apud* MENEZES; MELO, 2010). O comportamento agressivo é a principal causa dos atendimentos de emergência. Na sequência, observa-se o crescente número do abuso de substâncias, em especial do álcool (LINDSEY *et al.*, 2010 *apud* MACEDO, 2014).

A **adolescência** é definida como o período de transição da infância para a vida adulta. Inicia geralmente entre os 11 e 14 anos de idade. É caracterizada por intensas mudanças físicas, psíquicas e sociais. Para Freud (1910), na fase genital (período que compreende a puberdade e a adolescência) os impulsos sexuais adormecidos no período de latência despertam com intensidade e são dirigidos ao outro. A partir dessa experiência a identidade se consolida.

Para Stevanato e Romeu (2005), "a adolescência e início da idade adulta são períodos cruciais na instalação de transtornos mentais graves como o transtorno afetivo bipolar, principalmente se há casos na história familiar [...]". De acordo com Louzã Neto; e Elkis (2007), no ano de 1942, Kanner incluiu o autismo no rol das psicoses infantis.

Conforme a IACAPAP (2016), os sintomas nas fases iniciais dos transtornos psicóticos em crianças e adolescentes são difíceis de avaliar. Contudo, os primeiros sintomas – ainda que temporários geralmente são: declínio funcional e alucinações. Quando se manifestam precocemente, estão relacionados ao risco de perturbações próprias da esquizofrenia na vida adulta, por isso, há a necessidade de tratar os sintomas na infância e na adolescência.

Vocabulário

- ***Cyberbullying***: violência praticada por meio da internet (sites, e-mails ou redes sociais) cujo conteúdo pejorativo, depreciativo, difamatório e humilhante busca intimidar e hostilizar uma pessoa ou um grupo.
- **Puberdade**: processo pelo qual uma pessoa alcança a maturidade sexual e a capacidade de reprodução. Período anterior e contíguo (vizinho, ligado) à adolescência.
- **Subjetivação**: diz respeito ao ato ou ao efeito de subjetivar, ou seja, de tornar próprio ou pessoal para o indivíduo.

As **emergências psiquiátricas** precisam de intervenção imediata em função do risco que representam para o próprio sujeito ou para terceiros. De acordo com Baltieri e Andrade (2001, p. 585):

> "As emergências psiquiátricas ocorrem quando existe uma perturbação do funcionamento do sistema nervoso central ou mesmo na iminência deste (por exemplo, na intoxicação por drogas, no surto esquizofrênico, na encefalite); quando o paciente sofre uma experiência vital traumática (por exemplo, morte de um parente, violência sexual, assaltos); ou como consequência de uma agressão física que gera um distúrbio psíquico (por exemplo, traumatismos cranianos, distúrbios endocrinológicos, distúrbios hidroeletrolíticos).

A psicose infantil evidencia o fracasso do processo da subjetivação, levando a criança a desenvolver uma personalidade psicótica, já que comprometeu seu

contato com a realidade e perturbou a sua capacidade de diferenciar o "eu" do "outro" (VOLNOVICH, 1993 *apud* SAMPAIO, 2005). Contudo, de acordo com Martin (2013), raramente as psicoses se manifestam antes da adolescência. Provavelmente, em função das intensas transformações (físicas, hormonais, sociais e psíquicas) que caracterizam a adolescência, é nessa fase que o maior número de transtornos psicóticos se manifesta,

Assimile

Para aumentar a apreensão em relação ao conteúdo aqui apresentado, é importante retomar alguns conceitos. **Identidade** é a reunião de características que diferenciam um sujeito de outro, que conferem individualidade e unicidade. Para a psicanálise, o homem dotado de desejo e subjetividade é denominado "**sujeito**". Portanto, cada sujeito tem um modo particular de compreender a si próprio, o outro e o mundo.

Martin (2013) enfatiza que alguns sintomas (ansiedade, insônia, dificuldade de concentração e atenção, isolamento social, entre outros) se manifestam antes do primeiro episódio psicótico. O período entre o surgimento de desses sintomas e o primeiro episódio psicótico é chamado pródromo e geralmente dura de dois a quatro anos. Esse período é entendido como o mais apropriado para uma intervenção precoce. Contudo, a resistência em abordar o tema – tanto por parte do sujeito, quanto de sua família – somada ao estigma social, atrasam o início do tratamento.

Figura 3.2 | Alusão ao surto psicótico

Fonte: iStock.

Reflita

Se para Freud (1916 *apud* ZIMERMAN, 1999), a personalidade é construída ao longo da vida do sujeito a partir da influência de fatores genéticos, das experiências emocionais da infância, relativas aos pais, e das experiências traumáticas da vida adulta, como identificar os fatores que podem contribuir para a formação de aspectos psicóticos da personalidade durante o desenvolvimento psicossexual?

Em relação ao comportamento suicida, Kuczynski (2014) recorreu a Schmitt e Tramontina (2008) ao afirmar que se trata do quadro mais comum entre adolescentes atendidos nas emergências psiquiátricas. Além disso, a autora assegura que, entre as crianças e adolescentes que procuram os serviços de Pronto Atendimento em função de emergência psiquiátrica, mais de 75% está acima de 13 anos de idade, com predomínio da presença do sexo feminino. Nessa população, 50% dos atendimentos diz respeito à tentativa de suicídio ou alterações do comportamento. Kuczynski (2014, p. 249) ressalta que:

> "Em crianças/adolescentes, o comportamento suicida envolve pensamentos sobre provocar intencionalmente danos ou a morte auto infligidos (ideação suicida) e atos que causem danos (tentativa de suicídio) ou a morte (suicídio) (PFEFFER, 1996).

Nos últimos anos, o suicídio infanto-juvenil aumentou significativamente, tornando-se importante tema de estudo na área da saúde. Nesse cenário, Kuczynski (2014) destaca o bullying – em especial o cyberbullying – como uma de suas variantes cuja prevalência vem crescendo acentuadamente e, por isso, está correlacionado a transtornos mentais, como: ansiedade, depressão e o suicídio na adolescência.

Exemplificando

Zeca foi hostilizado por seus colegas que o chamavam de "mariquinha" e imitavam seu jeito de falar. Após chorar por um tempo, Zeca reagiu dizendo que levaria o caso àsecretaria da escola. Seus colegas prometeram espancá-lo caso ele os denunciasse. Este é um caso clássico de *bullying*.

O suicídio infantil requer intervenção multidisciplinar; no entanto, a área da saúde ainda não dispõe de estrutura suficiente para prestar o atendimento adequado (KUCZYNSKI, 2014).

O tratamento de enfermagem nas emergências psiquiátricas da criança e do adolescente envolve envolve o uso de medicação para contenção do surto e minimização dos sintomas; orientação ao paciente e à família em relação ao manejo dos transtornos e importância da adesão ao tratamento; psicoterapia; e ações que promovam a inserção social da criança e do adolescente.

Segundo Mari *et al*. (2005 *apud* MOREIRA *et al*. 2014), é comum a medicação do portador de doença mental sofrer ajustes até encontrar a dosagem adequada para cada caso, em especial quando se trata de crianças e adolescentes. O psiquiatra deve reduzir eventuais efeitos adversos provocados pela medicação, além de conhecer alternativas caso a medicação inicial não atenda o propósito do tratamento. Contudo, para que esses passos funcionem, é imprescindível um diagnóstico bem elaborado ou correto. Para Rocha *et al*. (2004 *apud* MOREIRA *et al*. 2014), a dose da medicação pode ser aumentada, desde que se observe as seguintes reações: (1) ocorra a diminuição satisfatória dos sintomas; (2) atinja o limite superior da dosagem recomendada; (3) verifique-se efeitos colaterais que impossibilitem o aumento da dose; (4) após uma melhora quantificável dos sintomas-alvo, a ocorrência de um equilíbrio na melhora ou uma piora nos sintomas com a elevação da dose.

De acordo com Brasil (2000 *apud* MOREIRA *et al*. 2014), a administração de psicofármacos em crianças e adolescentes busca atingir mais os sintomas do que o quadro geral de um transtorno; portanto, a escolha da droga deve ocorrer considerando o conjunto de sintomas e limitar-se ao extremamente necessário. Rodrigues (2015) alerta que os benzodiazepínicos causam mudanças na cultura da população e reduzem a capacidade de enfrentamento das dores. Com isso, os pacientes abusam do consumo, e ficam dependentes e alienados. Esse contexto requer que os "enfermeiros monitorem os efeitos colaterais e as demais respostas fisiológicas do paciente ao iniciar o tratamento com medicação psicotrópica", além de promover a necessidade de o paciente assumir a responsabilidade pelo sucesso de seu tratamento, sentindo-se um agente ativo no processo de recuperação (SALLES; BARROS, 2009 *apud* RODRIGUES, 2015, p. 65).

Os antidepressivos são as drogas mais utilizadas em crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos. A clomipramina, a fluoxetina e a paroxetina têm sido os antidepressivos utilizados com êxito no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo. Em relação aos estabilizadores de humor,

Rocha *et al*. (2007 *apud* MOREIRA, 2014), defendem a indicação para transtorno de humor bipolar. Para Moreira (2014, p. 1036):

> "Os cuidados com os estabilizadores do humor em crianças e adolescentes seguem os parâmetros de controle usados em adultos, devendo-se monitorizar os níveis séricos das drogas e realizar hemograma com contagem de plaquetas para o controle de eventuais leucopenias com carbamazepina. O ganho de peso excessivo pode ser um problema com o uso de ácido valpróico, assim como efeitos gastrointestinais no início do tratamento.

Já as drogas antipsicóticas "atípicas" mais modernas, como a risperidona, a olanzapina, a clozapina e a ziprasidona, fazem com que mais pacientes resistentes se beneficiem de tratamento com neurolépticos. Acredita-se que aliviam os sintomas da esquizofrenia, tanto os positivos quantos os negativos, e diminuem os efeitos adversos extrapiramidais, bem como o potencial para o desenvolvimento de discinesia tardia (movimentos involuntários e repetitivos causados pelo uso prolongado ou por altas doses de antagonistas da dopamina, geralmente antipsicóticos) (ROCHA *et al*., 2004 *apud* MOREIRA, 2014).

Faça você mesmo

Agora, retorne ao texto e verifique os motivos que favorecem o surto psicótico em adolescentes. Considerando esses fatores, como você organizaria uma palestra cujo objetivo é capacitar pais para identificar os sintomas da psicose antes do primeiro surto se manifestar?

Macedo (2014) recomenda que o profissional de enfermagem priorize a sedação leve de crianças e adolescentes em surto psíquico com o objetivo de evitar a contenção física. Na impossibilidade de evitá-la, deve-se verificar frequentemente o estado mental, cardiopulmonar, e neurovascular dos membros, bem como as necessidades relativas à nutrição e aos cuidados pessoais. Deve-se, ainda, priorizar a orientação da família em relação à saúde mental, à higiene corporal, à vacinação e à administração de medicamentos. É de fundamental importância adotar um protocolo unificado, reunindo os dados e a evolução psiquiátrica e pediátrica, o que deve conter uma triagem para o risco de suicídio, auto e heteroagressão, necessidade de contenção física, necessidade de internação médica ou transferência para outra unidade, identificação de situações de violência, entre outros. Deste

modo, o atendimento a crianças e adolescentes em situação de emergência requer interesse e dedicação, além da exclusão de estigmas em relação a sua condição de sua saúde mental.

Sem medo de errar

Roberto é um estudante de 16 anos que saiu para comprar pão, a pedido de sua mãe. No trajeto, se esqueceu do que estava fazendo e de onde mora. Começou a gesticular de modo incisivo e a falar coisas sem sentido. Dizia que era perseguido por pessoas que queriam roubar seu dinheiro, pois ganhou sozinho o prêmio da Mega-Sena. Iria fazer um cruzeiro com seus melhores amigos, mas as pessoas que o invejavam não seriam chamadas, como sua tia Camila, que, segundo Roberto, chamava sob a janela de seu quarto toda noite e o ameaçava de morte. Diante disso, as pessoas começaram a se aglomerar a seu redor e, por fim, chamaram o SAMU que o levou ao hospital Santíssima Trindade. Andrea estava responsável pelo plantão e, dessa forma, o gerenciamento desse atendimento está sob sua responsabilidade. Andrea precisa tomar todas as providências, desde o ingresso do usuário no pronto atendimento até às medidas relativas ao tratamento após a alta. Ajude-a a tomar as medidas apropriadas para esse caso. Vamos começar?

Atenção

O papel do enfermeiro psiquiátrico sofreu modificações à medida em que as concepções de saúde e doença mental mudaram. A reforma psiquiátrica apresentou novas responsabilidades ao profissional da enfermagem, como: a minimização e a contenção do surto, além de ampla participação no tratamento da doença, a promoção da reinserção social, a capacitação e o envolvimento da família do usuário com o tratamento, a fim de diminuir o sofrimento do sujeito em surto psicótico.

Em relação ao diagnóstico, a primeira atividade do enfermeiro no atendimento ao paciente em surto psicótico é resgatar a história clínica e psiquiátrica desse usuário, o que ocorre durante a entrevista psíquica. Andrea precisa entrevistar a família, já que Roberto, em função do surto psicótico, rompeu contato com a realidade. Os dados obtidos serão fundamentais para a elaboração do diagnóstico, para ministrar o tratamento e para comunicar-se com o paciente e orientar sua família, tarefa importante para o tratamento. No caso de Roberto, trata-se de um surto paranoico, o que é confirmado em função de sintomas como os delírios, a megalomania (tem muito dinheiro, vai levar todos os amigos para um cruzeiro), e mania persecutória

(está sendo perseguido por pessoas que querem roubá-lo e pela tia). De acordo com Pinheiro (2013), para reestabelecer o contato com a realidade, é necessário que o sujeito psicótico seja adequadamente medicado. Contudo, a medicação somente surtirá efeito quando associada a tratamento psicoterápico, àprática de atividade física e ao acompanhamento de grupos de apoio. É o conjunto dessas intervenções que promoverá a reinserção do sujeito, tanto na sociedade quanto no ambiente familiar. A tarefa de Andrea é, portanto, identificar os profissionais, o serviço apropriado e encaminhar Roberto para prosseguir com o tratamento, além de orientar a família em relação ao transtorno e à importância de assegurar que a medicação seja administrada corretamente, sem interrupção.

Avançando na prática

Alguém pode me ajudar?

Descrição da situação-problema

Lilia, de 8 anos de idade, foi levada ao serviço de Pronto Atendimento do hospital Santíssima Trindade após ingerir muitos analgésicos. A criança chegou ao hospital, levada por sua mãe, após vomitar muito. Queixa-se de dor no estômago e mostra dificuldade para respirar. Sua mãe chorava muito, sentindo-se culpada por não acreditar quando a filha dizia que queria sumir. Lilia recebeu os primeiros cuidados médicos, passou pelo processo de desintoxicação e, em seguida, foi encaminhada para Andrea que deverá seguir com o atendimento. Ajude-a a definir os próximos passos desse atendimento. Vamos começar?

Lembre-se

Constata-se que a intoxicação por medicamento aumenta o período de internação e a necessidade de tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI). Esta situação provoca impacto e mudanças na família dos usuários durante a hospitalização, como: o crescimento do medo, do sofrimento e de dúvidas relativas ao risco de morte e incertezas em relação ao tratamento e ao prognóstico para o membro familiar (BERTELOTE; SANTOS; BOTEGA (2010; LOVISI *et al.*, 2009 *apud* MEDEIROS, 2013).

Resolução da situação-problema

A tentativa de suicídio ainda é pouco comentada ou até mesmo identificada

na população infantil. Contudo, como a criança não tem ideia clara da morte, dificilmente dirá claramente "quero morrer". É comum manifestar desejo de sumir ou desaparecer, como fez Lilia. A intoxicação foi usada como tentativa de suicídio, por isso, o primeiro desafio, não só para Andrea, mas para toda a equipe, é não discriminar a usuária ou seus familiares. Afinal, do ponto de vista simbólico, a tentativa de suicídio é também um pedido de ajuda. No entanto, a literatura mostra que é comum os profissionais da saúde expressarem preconceito em relação a esse comportamento e julgarem quem comete ou tenta suicídio. Andrea deve manter postura acolhedora ao realizar a entrevista com a mãe da paciente e verificar o histórico de saúde de Lilia, as relações familiares e os possíveis motivos que a levaram a tentar suicídio. As respostas obtidas serão decisivas para determinar os passos seguintes do tratamento, pois Lilia deve ser encaminhada aos demais profissionais da equipe da saúde com a finalidade de tratar as causas que a levaram à intoxicação, os efeitos decorrentes desse ato e a reinserção social. Do ponto de vista físico, de acordo com Schvartsman & Schvartsman (1999), após a desintoxicação, o tratamento será voltado para os sintomas decorrentes da overdose. É importante também observar a Portaria n. 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, pois determina que todo caso de intoxicação deve ser notificado e essa é uma tarefa para a Andrea, que cuida da gestão dos dados estatísticos.

Saiba mais

As mulheres tentam o suicídio dez vezes mais do que os homens e consumam o ato três vezes menos que os homens.

Faça valer a pena

1. A incidência de transtorno mental na infância varia, aproximadamente, de 10% a 20%. Os mais comuns são: os transtornos invasivos do comportamento; transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; transtorno de ansiedade de separação; transtorno de ansiedade generalizada; depressão; esquizofrenia; anorexia; bulimia; e o uso de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas (ALMEIDA, 1985; FICHTNER, 1997 *apud* MENEZES; MELO, 2010).

Assinale a alternativa que indica as duas principais causas de atendimentos de emergência a crianças e adolescentes:

a) Esquizofrenia e bulimia nervosa.
b) Suicídio e comportamento agressivo.
c) Comportamento agressivo e abuso de substâncias.
d) Abuso de drogas lícitas e drogas ilícitas.
e) Comportamento agressivo e a anorexia nervosa.

2. Para Stevanato e Romeu (2005), "a adolescência e início da idade adulta são períodos crucias na instalação de transtornos mentais graves como o transtorno afetivo bipolar [...]".

Assinale o fator que agrava a possibilidade de transtornos mentais graves se instalarem no período da adolescência e início da vida adulta:

a) Casos de transtorno mental na história familiar do indivíduo.
b) Ambiente familiar hostil ou desestruturado.
c) Paciente em situação de rua ou usuário de drogas ilícitas.
d) Abandono da medicação prescrita pelo psiquiatra.
e) Casos de abuso sexual, abuso moral e maus tratos.

3. Conforme defendem Starling e Feijo (2016), os sintomas, nas fases iniciais dos transtornos psicóticos em crianças e adolescentes são difíceis de avaliar.

Assinale a alternativa que indica os sintomas observados nas fases iniciais dos transtornos psicóticos em crianças e adolescentes:

a) Bulimia e alucinações.
b) Insônia e agressividade.
c) Falta de apetite e insônia.
d) Rebeldia e fracasso escolar.
e) Declínio funcional e alucinações.

Referências

AMARAL, R.; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A. Manejo do paciente com transtornos ao uso de substâncias psicoativa na emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, Supl. II, out. 2010. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10127/art_AMARAL_Manejo_do_paciente_com_transtornos_relacionados_ao_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 11 jul. 2016.

ANDRADE, E.; BEZZERA, JR., B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, Rio de Janeiro, mar./abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413=81232009000200013-&lng=pt&nrm&iso. Acesso em 21 jun. 2016.

ANDRADE, S. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, set. 2012. Disponível em: <http://200.144.183.88/bitstream/handle/BDPI/41589/wos2012-4282_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 19 jun. 2016.

AVANCI, S.; PEDRÃO, L.; COSTA JÚNIOR, G. Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2013, Rio de Janeiro, n. 21, v. 1: 53-61. Disponível em: http://repositorio.caminhosdocuidado.org/bitstream/handle/486/2/csc.S1414-462X2013000100009.pdf. Acesso em: 11 jul. 2016.

BALTIERI, D.; ANDRADE, A. Transtornos psiquiátricos comuns no serviço de emergência psiquiátrica: uma experiência no centro hospitalar de Santo André. **RBM Rev. Bras. Med**. 2001. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2050. Acesso em: 17 jul. 2016.

BASAGLIA, A.; SOUZA, M. A. Dificuldades de maternagem em um grupo de mães de crianças agressivas. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 17, n. 1, São Paulo, abr. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100002. Acesso em: 21 jun. 2016.

BICHO, M. E. **Comportamentos agressivos entre pares e competências emocionais em estudantes de 2º e 3º ciclos de escolaridade**. Escola de Ciências Sociais. Mestrado em Psicologia Especialização em Psicologia da Educação. Évora, 2015. Disponível em: https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/16085. Acesso em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundamentos de atenção à crise e a urgência em saúde mental**. 4. ed. Módulo 2. Santa Catarina, 2015. Disponível em: https://pt.scribd.com/doc/273989706/Fundamentos-Da-Atencao-a-Crise-e-Urgencia-Em-Saude-Mental. Acesso em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.

br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 13 jul. 2016.

CADORET, R. J; STEWART, M. A. An adotion study of attention deficit/hyperactivity/agression and their relationship to adult antisocial personality. **Compr. Psychiatry**, n. 32, p. 73-82, 1991.

CAMPANA, M. C.; SOARES, M. H. Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40374. Acesso em: 19 jun. 2016.

CAMPOS, A.; PIERANTONI, C. R. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. **RECIIS** – R. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 86-92, mar. 2010. Disponível em: http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/709/1354. Acesso em 19 jun. 2016.

CARVALHO, E. *et al*. Obstáculos para implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem**, UFPE on-line. v. 1, n. 1, p. 95-9, jul./set. 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Bachion/publication/47807368_Obstaculos_para_a_implementacao_do_processo_de_enfermagem_no_Brasil/links/02bfe5113b67bcb151000000.pdf. Acesso em: 2 jul. 2016.

CASTRO, A. **Cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo**. 2013. 89 f. Dissertação (Curso de pós-graduação em enfermagem) — Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/34687/R%20-%20D%20-%20ADRIANA%20RIBEIRO%20SILVA%20DE%20CASTRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jun. 2016.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. Conhecimentos e atividade de enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 957-65, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a08.htm. Acesso em: 11 jul. 2016.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN - 358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implantação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <6http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

DALGALARRONDO, P. Síndromes volitivo-psicomotoras. In: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FEITOSA, F.; CASTRO, R. Atividades terapêuticas em hospitais psiquiátricos: papel do enfermeiro. **Rev Enferm UNISA**, v. 6, p. 23-31, 2005. Disponível em: http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-04.pdf. Acesso em: 2 jul. 2016.

FERRARI, I. Agressividade e violência. **Psicologia Clínica**, v. 18, n. 2, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103=56652006000200005-&lng=pt&nrm-iso. Acesso em: 19 jun. 2016.

FERREIRA, E.; CAPITÃO, C. Agressividade e raiva: perfil de presidiários. **Psicologia: Ciência**

e Profissão, v. 26, n. 3, p. 462–477, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n3/v26n3a10. Acesso em: 21 jun. 2016.

FERREIRA, M.; SIBONIS, D. **A gota d'água**: desvendando o surto psicótico. Entrevista realizada em jun. 2007, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www.ufrgs.br/ensinodareportagem/ciencia/surto.html. Acesso em: 03 jul. 2016.

FERREIRA, M; FIGUEIREDO, M. A. Epidemiologia das intoxicações humanas por raticidas no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 04, n. 03, p.861-70, 2013. Disponível em: http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/514/pdf. Acesso em: 11 jul. 2016. Acesso em: 11 jul. 2016.

FRANÇA, I. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. **Psicol. Cienc. prof**., v. 25, n. 1, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100012. Acesso em: 21 jun. 2016.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T.; SOUZA, J. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **REBEn**, Brasília, 2007, mar.-abr., v. 60, n. 1, p. 207-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a14v60n2. Acesso em: 2 jul. 2016.

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910). In: **Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise (Parte III)** (1915-1916). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996, v. 11, p. 17-68.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1974

FURLAN, M.; RIBEIRO, C. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 390-6, 2011. http://bdpife4.sibi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3125/art_RIBEIRO_Abordagem_existencial_do_cuidar_em_enfermagem_psiquiatrica_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 2 jul. 2016.

SERVILI, C. **Organização e provisão de serviços de saúde mental da criança e do adolescente**. Disponível em: http://iacapap.org/wp-content/uploads/J.5-SERVICE-DELIVERY-PORTUGUESE-2015.pdf. Acesso em: 17 jul. 2016.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Rev. bras. Saúde ocup**., São Paulo, v. 36, n. 123, p. 84-92, 2011. Disponível em: https://www.fasul.edu.br/portal/app/webroot/files/links/Seguran%C3%A7a%20Trabalho/RBSO/RBSO%20123%20vol%2036.pdf#page=86. Acesso em: 11 jul. 2016.

KACHAVA, A; ESCOBAR, B. Perfil das intoxicações exógenas registradas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Tubarão (SC). **Arquivos Catarinenses de Medicin**a, v. 34, n. 4, 2005. Disponível em: http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/304.pdf. Acesso em: 13 jul. 2016.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicologia USP,** v. 25, n. 3, p. 246-252, 2014. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305133436005. Acesso em: 19 jul. 2016.

LIPP, M. **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LIPP.; M. CABRAL, A. C.; GRÜN, T. Estudo de caso: treino cognitivo de controle da raiva em paciente com hipertensão leve. **Rev. Bras. Ter. Comp. Congn.**, v. 11, n. 2, São Paulo, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000200004. Acesso em: 20 jun. 2016.

LOUZÃ NETO, M.; ELKIS, H. (Col.) **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACEDO, M. **O perfil das crianças e adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas atendidas em um pronto socorro e a percepção da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho nesta unidade**. 2014. 79 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-06022015-194352/en.php. Acesso em: 20 jul 2016.

MARCOS, A.C. **A sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência psiquiátrica**. Ribeirão Preto, 2015. 55 f. Dissertação (mestrado) apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiD veis/22/22134/tde-22122015-142430/en.php. Acesso em: 21 jun. 2016.

MARTIN, I. **Necessidade de informação sobre o período que antecede o primeiro episódio psicótico na perspectiva de familiares de doentes mentais**. 81 p. Dissertação de Mestrado (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09012014-163200/en.php. Acesso em: 17 jul. 2016.

MEDEIROS, A. **Análise dos casos de tentativa de suicídio por uso de medicamentos em um município paraibano**. 2013. 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Farmácia. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, 2013. Disponível em: http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/5192/1/PDF%20-%20Alcinda%20Lidgya%20Barbosa%20de%20Medeiros.pdf. Acesso em: 10 jul. 2016.

MELO, W. *et al.* Assistência de enfermagem à vítima de intoxicação exógena. **REBES**, v. 5, n. 2. p. 26-25, abr.-jun., 2015. Disponível em: http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/4020/3568. Acesso em: 13 jul. 2016.

MENEGON, G. L. *et al.* Avaliação do paciente na emergência. In: QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. **Emergências psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MENEZES, T.; MELO, V. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 7, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em: http://www.adolescenciae2saude.com/detalhe_artigo.asp?id=234. Acesso em: 17 jul. 2016.

MERHY. E.E. Cuidado com o cuidado em saúde. **Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida**. O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf. Acesso em 2 jul. 2016.

MERHY. E.E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. MERHY, E.E. *et al.* (Orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOREIRA, M. *et al*. Uso de psicofármaco em crianças e adolescentes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 1013-1049, ago./dez. 2014. Disponível em: http://www.periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1821/pdf_277. Acesso em: 16 jul. 2016.

MOURA, D. **Homens jovens e a internação psiquiátrica**: relações de cuidado e família. 2011. 258 p. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/04_11_2011__16_35_27__61.pdf. Acesso em: 10 jul. 2016.

MÜLLER-GRANZOTTO, M.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. **Psicose e sofrimento**. São Paulo: Summus, 2012.

NÁSIO, J.-D. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

NÓBREGA, H. *et al*. Intoxicações por medicamentos: uma revisão sistemática com abordagem nas síndromes tóxicas. **Rev. Saúde e Ciência**, 2015, v. 4, n. 2, 109-119. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/264/176. Acesso em: 13 jul. 2016.

PINHEIRO, J. **A inimputabilidade em casos de surto psicótico**: por um acompanhamento em rede. 2013. 166 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Jurídicas e Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93254/000911702.pdf?sequence=1. Acesso em: 2 jul. 2016.

REIS, L. M. dos *et al.* Saúde do homem: internações hospitalares por intoxicação registradas em um centro de assistência toxicológico. **Esc. Anna Nery**. v. 17, n. 3, p. 505-511, jul. /set. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Aroldo_Gavioli/publication/262743944_Men's_health_hospital_admissions_for_poisoning_recorded_in_a_toxicology_treatment_center/links/5405b9a00cf2c48563b185e1.pdf. Acesso em: 13 jul. 2016.

RIBEIRO, C. M. **Psicose, família e crise**: inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar. 2015. Dissertação (mestrado em psicologia clínica) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

RODRIGUES, L. **O papel do enfermeiro frente à saúde mental**. 2015. 95 p. Trabalho de conclusão de curso (graduação em enfermagem) – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2015. Disponível em: http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/TCC-2015_1-Leila.pdf. Acesso em: 19 jul. 2016.

SAMPAIO, C. A clínica dos transtornos autísticos e psicóticos na adolescência e a perspectiva da inclusão ou da recomposição necessária do mundo. **I Simpósio Internacional do Adolescente**, maio 2005. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000100025&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19 jul. 2016.

SANTOS, R.; ALMEIDA NETO, O.; CUNHA, C. Perfil de vítimas de intoxicações exógenas agudas e assistência de enfermagem. **Rev. Enf. Atenção Saúde**. v. 4, n. 2, p. 45-55, ago. /dez. 2015.

SANTOS, S. *et al*. Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. **Rev. Bras. Epidemiol**., v. 16, n. 2,

p. 376-87, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00376.pdf. Acesso em: 10 jul. 2016.

SÃO PAULO. Programa Municipal de Prevenção e Controle das Intoxicações. **Intoxicações**: manual de vigilância, set. 2012. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/manual_pmpci_1348855965.pdf. Acesso em: 10 jul. 2016.

SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S. Intoxicações exógenas agudas. **Jornal de Pediatria**, v. 75, supl. 2, 1999. Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-S244/port.pdf. Acesso em: 14 jul. 2016.

STEVANATO, I.; ROMEU, L. Psicoterapia breve psicodinâmica com adolescente pós alta psiquiátrica: estudo de caso. **I Simpósio Internacional do Adolescente**, maio 2005. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200079&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19 jul. 2016.

VALADÃO, S. M. Reflexões sobre agressividade e violência na sociedade contemporânea. **Revista Transformar**, n. 6, 2014. Disponível em: http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/14/13. Acesso em: 20 jun. 2016.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Unidade 4

Projeto terapêutico

Convite ao estudo

Prezado aluno, bem-vindo à Unidade 4! O objetivo desta unidade é apresentar o projeto terapêutico em saúde mental. Pretende-se que durante esta unidade você possa responder às questões seguintes: como se constitui um projeto terapêutico? Como implantar um projeto desta natureza? Quais os princípios que garantem o trabalho em equipe multiprofissional? Quais as características das oficinas terapêuticas? E, ainda, em que consistem o aconselhamento, o encorajamento e o condicionamento? Qual a visão da psicanálise sobre estas questões?

A importância dessa temática encontra-se no fato do projeto terapêutico ser um recurso cada vez mais utilizado no âmbito da saúde mental, uma vez que tem se mostrado eficaz na reinserção e construção da autonomia do sujeito portador de transtorno psíquico. Por isso, hoje em dia, o profissional que atua na área psiquiátrica precisa conhecer e saber implementar um projeto terapêutico.

Para transitar nesse caminho de modo mais proveitoso, será apresentada uma situação hipotética que o ajudará a compreender como os conteúdos abordados ao longo desse percurso se manifestam no cotidiano do profissional de enfermagem. Júlio é um enfermeiro bastante experiente, tem 20 anos de formado e trabalha em um CAPS-AD de uma cidade de porte médio. Esta unidade recebe importante número de usuários com as mais variadas psicopatologias e de diferentes faixas etárias. Nos últimos dois anos, esse CAPS-AD substituiu seu diretor por uma médica psiquiatra adepta ao modelo de atenção psicossocial.

Seção 4.1

Assistência multidisciplinar

Diálogo aberto

Vamos começar as atividades conhecendo uma situação hipotética que ajudará a compreender os conteúdos que serão abordados ao longo desta unidade. Além disso, provavelmente você irá se deparar com situações semelhantes a esta no exercício das funções próprias ao profissional de enfermagem. Júlio é um enfermeiro bastante experiente, tem 20 anos de formado e trabalha em um CAPS-AD de uma cidade de porte médio. Esta unidade recebe importante número de usuários com as mais variadas psicopatologias e de diferentes faixas etárias. Nos últimos dois anos, esse CAPS-AD substituiu seu diretor por uma médica psiquiatra adepta ao modelo de atenção psicossocial.

Em função da nova gestão, muitas mudanças têm ocorrido no CAPS-AD e, por isso, Júlio precisa treinar a equipe de saúde. Desta vez o tema do treinamento é equipe multiprofissional. Ajude-o a identificar os principais pontos sobre a temática de modo a convencer a equipe sobre a importância de atualizar a prática no ambiente da saúde mental. Esteja atento às variadas definições de equipe multidisciplinar que a Seção 4.1 apresenta. Sucesso!

Não pode faltar

O mundo e as relações humanas, cada vez mais complexos, há muito sinalizavam a necessidade de um olhar integrado para o sujeito, incluindo o sujeito portador de transtorno mental. Desde a década de 1960, o modelo interdisciplinar começou a ganhar espaço ao buscar superar a crescente divisão do conhecimento. No Brasil, somente com a implantação das portarias n. 198/1991 e n. 224/1992 é que foi regulamentada a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, apresentando uma política que substituiu a lógica manicomial pelo modelo psicossocial, com base na promoção da integralidade da atenção em saúde mental. Posteriormente, a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, assegurou o atendimento integral ao sujeito portador de transtornos psíquicos ao contemplar os serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de lazer e de enfermagem, além da assistência social (BRASIL, 1990). Esse contexto favoreceu a cultura da assistência multidisciplinar, o que ocorre por meio das equipes multiprofissionais, extensiva ao âmbito da saúde mental.

Exemplificando

A integralidade da atenção à saúde direciona a elaboração de políticas de saúde, o que significa defender o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Tais princípios devem ser contemplados também na formação dos profissionais da área, incluindo os enfermeiros.

Para Peduzzi (2001), interdisciplinaridade refere-se ao intenso compartilhamento entre os diversos especialistas da área da saúde e ao grau de integração das disciplinas em torno de um projeto profissional, de ensino ou de pesquisa. Esse trabalho permite a troca de experiências entre os saberes à medida que os profissionais de diversas disciplinas compartilham conhecimento e experiência. O modelo leva à compreensão do sujeito em sua integralidade e solicita a adoção de ações de saúde mais amplas e completas. O autor afirma que o trabalho realizado por uma equipe multiprofissional é composto pelo trabalho coletivo que se dá na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas. Isso ocorre por meio da comunicação ou mediação simbólica da linguagem. Envolve a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação entre as diversas áreas da saúde.

Vocabulário

- **Alteridade**: relação eu e o outro; relação entre pessoas; interpessoal. Relação necessária e complementar entre eu e o outro.
- **Âmbito**: área; espaço que circunda ou envolve; ambiente.

O trabalho multiprofissional (ou multidisciplinar) é constituído por diversos modos de relacionamento que se entrelaçam em níveis de agrupamento, como apresentado no quadro a seguir.

Quadro 4.1 | Modelos de relacionamentos multiprofissionais

Interações disciplinares	Conceito	Exemplo
Multidisciplinaridade	Formado por variadas disciplinas propostas simultaneamente e de modo a não deixar transparecer diretamente as relações que podem existir entre elas.	Profissionais reunidos trabalham isoladamente. No entanto, a ausência de uma articulação não significa a ausência de relação entre estes profissionais.
Pluridisciplinaridade	Contempla a justaposição de várias disciplinas no mesmo nível hierárquico e agrupadas de maneira a que apareçam as relações entre elas. Observa-se cooperação, mas sem coordenação.	Paciente procura atendimento psiquiátrico e é encaminhado, pelo próprio psiquiatra, a um psicólogo. A cooperação não é automática, se estabelece pelo contato entre os profissionais de áreas distintas.
Interdisciplinaridade	Quando há um grupo de disciplinas conexas e definidas em um nível hierárquico imediatamente superior, em que há dois níveis e objetivos múltiplos com a coordenação advinda de nível superior.	Uma equipe de atendimento ambulatorial é composta por pediatra, psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermeira, contudo, o que prevalece é o saber médico, cabendo a coordenação e a tomada de decisão a estes profissionais.
Transdisciplinaridade	As equipes reúnem diversos profissionais que cooperam entre eles, mas sem uma coordenação fixa. Exige que todos os profissionais estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos colegas. Cada problema deve ser resolvido à luz de um novo entendimento, constituído pelos diversos saberes envolvidos.	Uma equipe formada por profissionais como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, que recebe pacientes com distúrbios psíquicos. O paciente é avaliado e todos o assistirão, buscando formular um diagnóstico.

Fonte: adaptado de Ferreira; Varga e Silva (2009).

De acordo com Ferreira (2011 *apud* OLIVEIRA SOBRINHO *et al.*, 2011), a construção do trabalho multidisciplinar apresenta-se como uma ferramenta efetiva para o fazer em grupo, contudo, requer superar importante número de obstáculos ao reunir profissionais e saberes diversos.

Na atenção primária da saúde, equipes multidisciplinares enfrentam um importante desafio: assimilar ação inovadora e uma prática a ser consolidada por meio do trabalho conjunto de seus profissionais. Para tanto, faz-se necessário aprimorar as relações interpessoais e a articulação dos saberes de modo que se complementem em harmonia (OLIVEIRA SOBRINHO *et al.*, 2011).

Figura 4.1 | Equipe multidisciplinar

Fonte: iStock.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe assegura as especificidades de cada área, uma vez que as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho e permitem a melhoria dos serviços prestados. A especialidade permite ainda aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em cada área profissional, assim como assegura o aumento da produção. Os profissionais de saúde são adeptos da preservação das especificidades de cada área de trabalho, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas. Mas defendem também a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho. Deste modo, observou-se que os profissionais realizam intervenções características de suas respectivas áreas, assim como executam ações comuns ou compartilhadas nas quais integram saberes originários de distintos campos, como: recepção, acolhimento, grupos educativos e outros.

Habermas (1994 *apud* PEDUZZI, 2001) apresenta o conceito de trabalho em dois componentes interdependentes. Na prática, são distinguíveis e mutuamente irredutíveis: 1) o trabalho como ação racional dirigida a um propósito; e 2) a interação entre os profissionais que o executam. O autor defende que existe uma relação de reciprocidade entre trabalho e interação, portanto, não sendo possível diminuir a interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação. Esse conceito apresenta o trabalho orientado por normas técnicas e a interação entre os profissionais orientada por valores que visam influenciar a situação ou a decisão ou outro. Contudo, almeja-se sempre o êxito na obtenção de determinado resultado. Deste modo, não tem como realizar um trabalho e obter sucesso nessa tarefa sem a interação efetiva entre os profissionais envolvidos.

Severo e Siminotti (2010) afirmam que o trabalho interprofissional nas equipes se desenvolve por meio da alteridade e subjetividades envolvidas, do espírito de coletividade e, principalmente, do diálogo. A reunião de tais características compõe um espaço propício para a aplicação do princípio da integralidade. Para Severo e Siminotti (2010, p. 1.694):

> “[...] a equipe multiprofissional, caracterizada e compreendida como pequeno grupo, propicia aos seus integrantes a produção de interações, organizações e subjetivações. [...] os trabalhadores encontram, no pequeno grupo, um ambiente de fomento à emergência de sujeitos que, em relação aos outros sujeitos, produzem formas de subjetivações.

Para os autores, a dinâmica das equipes multiprofissionais é favorecida pelo pequeno número de seus participantes, recomenda-se entre oito e doze, pois este reduzido número de integrantes possibilita que todos consigam se ver e ouvir simultaneamente, conhecer e reconhecer as diferenças e semelhanças que há entre eles, o que é expressado por meio de comportamentos e princípios defendidos.

Assimile

“O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo” (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009, p. 1.423).

Segundo Vasconcellos (2010), a assistência multidisciplinar pode ser compreendida como a permissão para a oferta de um cuidado plural que privilegia o usuário por meio da complexidade composta pela reunião de profissionais de diversas áreas da saúde. Para tanto, faz-se necessário dirigir-se à integralidade e distanciar-se da assistência reducionista. Esta visão, própria do modelo biomédico, não reconhece a subjetividade e o meio social como partes essenciais na constituição da assistência prestada ao sujeito portador de transtorno psíquico.

Há uma parcela de profissionais que resiste ao trabalho multidisciplinar. De acordo com Vasconcellos (2010), as equipes de saúde mental enfrentam a dificuldade para estabelecer um conceito comum entre as disciplinas em

relação ao cuidado à doença mental. No entanto, conta com a força da diretriz multiprofissional e interdisciplinar, além da importante responsabilidade de mudar completamente um modelo de assistência.

Para garantir o sucesso das práticas e do saber multidisciplinar, é importante contar com uma organização que consiga manejar os problemas oriundos dessa diversidade, como: ruídos na comunicação e na demarcação de fronteiras profissionais e as discrepâncias entre as disciplinas. Estas questões serão superadas por meio do aprimoramento dos canais de comunicação identificados pelos profissionais da saúde e pela garantia de espaços coletivos que favoreçam a elaboração de conflitos cujos motivos podem não ser identificados em um primeiro momento porque, em boa parte dos casos, estão reprimidos no inconsciente.

Reflita

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe é próprio do contexto das situações objetivas de trabalho. Nesse contexto, observam-se relações hierárquicas entre médicos e não médicos e diferentes graus de subordinação, ao mesmo tempo em que se encontra flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência entre os profissionais e/ou áreas. Deste modo, defende o autor, há possibilidade de construir uma equipe integrada ainda quando as situações mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. Reflita sobre as ideias de Peduzzi (2001) e identifique os fatores que podem levar a maior ou menor interação entre os profissionais que trabalham nesse contexto.

Sem medo de errar

Em função da nova gestão, muitas mudanças têm ocorrido no CAPS-AD e, por isso, Júlio precisa treinar a equipe da saúde. Dessa vez, o tema do treinamento é equipe multiprofissional. Ajude-o a identificar os principais pontos sobre esse tema de modo a convencer a equipe sobre a importância de atualizar a prática no ambiente da saúde mental. Esteja atento às variadas definições de equipe multidisciplinar que a Seção 4.1 apresenta.

Atenção

De acordo com Japiassu (1976 *apud* FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009), o trabalho multiprofissional é formado por variadas disciplinas propostas simultaneamente e de modo a não deixar transparecer diretamente as

relações que podem existir entre elas. Profissionais reunidos trabalham isoladamente. No entanto, a ausência de uma articulação não significa a ausência de relação entre estes profissionais.

O trabalho em equipe assegura as especificidades de cada área, uma vez que as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho e permitem a melhoria dos serviços prestados. A especialidade permite ainda aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em cada área profissional, assim como assegura o aumento da produção (PEDUZZI, 2001).

A interdisciplinaridade refere-se ao intenso compartilhamento entre os diversos especialistas da área da saúde e o grau de integração das disciplinas em torno de um projeto profissional, de ensino ou de pesquisa. Esse modelo leva à compreensão do sujeito em sua integralidade e solicita a adoção de ações de saúde mais amplas e completas.

Deste modo, defende Peduzzi (2001), o trabalho realizado por uma equipe multiprofissional é composto pelo trabalho coletivo que se dá na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas. Isso ocorre por meio da comunicação ou mediação simbólica da linguagem.

Avançando na prática

Equipe multidisciplinar na área da saúde mental: o desafio

Descrição da situação-problema

Durante o treinamento ministrado para a equipe da saúde, Júlio foi questionado por um participante do evento sobre a efetividade das equipes multidisciplinares prosperarem na área da saúde mental. O participante justificou sua desconfiança pelas diferenças hierárquicas entre os membros e as disciplinas que compõem as equipes. Cabe a Júlio esclarecer essa questão. Ajude-o a se posicionar diante do questionamento apresentado.

Lembre-se

Severo e Siminotti (2010) defendem que a dinâmica das equipes multiprofissionais é favorecida pelo pequeno número de seus parti-

cipantes. recomenda-se entre oito e doze, pois este reduzido número de integrantes possibilita que todos consigam se ver e ouvir simultaneamente, conhecer e reconhecer nas diferenças e semelhanças que há entre eles, o que é expressado por meio de comportamentos e princípios defendidos.

Resolução da situação-problema

De fato, há uma parcela de profissionais que resiste ao trabalho multidisciplinar. Para Vasconcellos (2010), as equipes de saúde mental enfrentam a dificuldade para estabelecer um conceito comum entre as disciplinas em relação ao cuidado à doença mental. Para garantir o sucesso das práticas e do saber multidisciplinar, é importante contar com uma organização que consiga manejar os problemas oriundos dessa diversidade, como: ruídos na comunicação e na demarcação de fronteiras profissionais e as discrepâncias entre as disciplinas. Essas questões serão superadas por meio do aprimoramento dos canais de comunicação identificados pelos profissionais da saúde e pela garantia de espaços coletivos que favoreçam a elaboração de conflitos, cujos motivos podem não ser identificados em um primeiro momento porque, em boa parte dos casos, estão reprimidos no inconsciente.

Faça valer a pena

1. Assinale o objetivo do modelo interdisciplinar:

a) Evitar a integração dos saberes.
b) Respeitar o silêncio entre as áreas.
c) Fortalecer a separação dos saberes.
d) Buscar a divisão do conhecimento.
e) Evitar a divisão do conhecimento.

2. Assinale a alternativa que se refere ao trabalho interdisciplinar:

a) Atende o usuário a partir de único saber.

b) Evita a complexidade dos saberes.
c) É realizado a partir do isolamento das práticas.
d) Permite a compreensão do sujeito em sua integralidade.
e) Evita estimular a integração dos profissionais da saúde.

3. Marque a alternativa referente ao conceito de integralidade:

a) Reduz a possibilidade de melhores resultados.
b) Visão única e inequívoca sobre o sujeito.
c) Direciona a formulação de políticas de saúde.
d) Atuação voltada para a prática reducionista.
e) Atenção restrita à queixa do usuário.

Seção 4.2

Projetos em saúde mental I

Diálogo aberto

Bem-vindo! Vamos continuar trilhando a busca por mais conhecimento. Na seção passada, você conheceu o conceito de equipe multidisciplinar e compreendeu como ocorre o trabalho nesse contexto, além de sua importância no cuidado ao usuário inserido no campo da saúde mental. Agora será apresentado o conceito de projeto terapêutico singular (PTS), importante recurso para a área da saúde mental no ambiente do Sistema Único da Saúde (SUS). Trata-se de um conjunto de ações terapêuticas que resultam de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar. Portanto, faz-se importante retomar o conteúdo abordado na Seção 4.1. Consulte-a para relembrar a definição de equipe multidisciplinar e sua importância no cuidado ao sujeito portador de transtorno psíquico.

Vamos começar as atividades da Seção 4.2 relembrando a situação hipotética apresentada no começo desta unidade. Júlio é um enfermeiro bastante experiente, tem 20 anos de formado e trabalha em um CAPS-AD de uma cidade de porte médio. Esta unidade recebe um importante número de usuários com as mais variadas psicopatologias e de diferentes faixas etárias. Nos últimos dois anos esse CAPS-AD substituiu seu diretor por uma médica psiquiatra adepta ao modelo de atenção psicossocial.

Como a nova gestão compreende a saúde mental de modo diferente da gestão anterior, muitas mudanças serão implantadas no CAPS-AD. A nova diretora tem como missão implantar o projeto terapêutico singular e delegou a condução dessa tarefa ao enfermeiro Júlio. O primeiro desafio atribuído ao enfermeiro é apresentar o PTS à equipe da saúde mental de modo que os profissionais se envolvam com esta atividade.

Ajude Júlio a elaborar uma apresentação para a equipe da saúde. Recorra ao conceito de PTS e aos benefícios que este recurso pode proporcionar ao usuário, tanto ao paciente quanto aos profissionais. Avante!

Não pode faltar

No Brasil, o processo de elaboração da Política de Saúde Mental - que veio após a Reforma Psiquiátrica - buscou desenvolver a rede dos serviços públicos de saúde, apoiado nos seguintes objetivos: (a) resgatar a cidadania do usuário; e (b) promover a participação da família e da comunidade nas diversas fases do processo de cuidado ao portador de transtornos psíquicos. Deste modo, a organização da rede de saúde elegeu a articulação de ações que contemplam a qualidade de vida e a autonomia do sujeito portador de transtorno mental, além da ampliação da rede social de apoio, das relações interpessoais e demais necessidades dos usuários da saúde mental (OMS, 2001; BRASIL, 2007; THORNICROFT; TANSELLA, 2010 *apud* BOCCARDO, 2011). Esperava-se que a inclusão do sujeito portador de transtorno psíquico rompesse com o estigma que manteve a segregação social e o colocou à margem da sociedade.

Faz-se importante ressaltar que o processo de Reforma Psiquiátrica se ancora na desinstitucionalização e está circunscrito no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi um marco no setor da saúde, na medida em que transformou a área da atenção psicossocial. Por meio da Lei 10.216/2001, se assegura os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, encaminha o cuidado para o território, determina que as internações psiquiátricas devem ser o último recurso da atenção e, quando inevitáveis, devem ser realizadas de modo criterioso (GRIGOLO *et al.*, 2015).

Vocabulário

- **Estigma**: marca; sinal; cicatriz deixada por uma ferida.
- **Injunção**: ordenar expressamente; imposição; pressão.
- **Segregação**: separação; exclusão.

O modelo de atenção psicossocial inovou ao direcionar os holofotes para a integração das áreas que compõem a vida do sujeito, como os aspectos biológicos, psicológicos, políticos, sociais e culturais. Tal modelo compreende que a abrangência caracterizada pelo sofrimento mental permite ao usuário participar de modo ativo de seu próprio tratamento (LEFRÈVE, 1991; AQUINO, 2008 *apud* CARVALHO, *et al.*, 2012). A reunião dessas mudanças trouxe novas práticas assistenciais, como a redução gradual de leitos psiquiátricos e a ampliação da rede de serviços que suprissem a necessidade de cuidados.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocuparam um lugar central com a missão de organizar a demanda social e rede de cuidados em saúde mental. Nesse contexto, encontram-se as residências terapêuticas, leitos em hospital geral, centros de convivência e ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2004 *apud* BOCCARDO *et al*., 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde comunitário aberto, cujo objetivo é oferecer atendimento diário ao sujeito portador de transtornos mentais severos e persistentes. Para Carvalho *et al*. (2012), a principal missão do CAPS é promover a autonomia e a reinserção social dos usuários do sistema de saúde por meio de atividades laborais, de lazer, do exercício dos direitos e deveres civis e, ainda, do fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Essas atividades devem ser desenvolvidas de modo a promover a reintegração do sujeito e, consequentemente, substituir as internações psiquiátricas. Entre os serviços prestados encontram-se também o acompanhamento clínico. O CAPS realiza atividades dentro e fora de seu espaço físico.

Exemplificando

Para realizar o tratamento psiquiátrico com êxito, é primordial que o usuário e sua família participem desse processo. Buscando atingir este objetivo, os CAPS utilizam como instrumento de trabalho em equipe o projeto terapêutico singular (PTS). Deste modo, promovem a participação do usuário, levando-o à construção de sua autonomia (CARVALHO *et al*., 2012).

O PTS chegou ao Brasil no início da década de 1990 e tem se mostrado o principal instrumento utilizado pelos profissionais da saúde nos CAPS. Trata-se de um recurso terapêutico fortemente valorizado na atualidade no contexto da saúde pública. É definido como um conjunto de ações terapêuticas que resultam de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar, tornando-se um instrumento que supera o paradigma médico e busca resolver as necessidades dos usuários de modo amplo e complexo, ultrapassando o critério diagnóstico (BRASIL, 2007). Além disso, prioriza mudanças sustentáveis ao longo do tempo e a redução da dependência do sujeito em relação aos serviços de saúde (MANGIA, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007 *apud* BOCCARDO *et al*., 2011).

Figura 4.2 | Atividade terapêutica

Fonte: iStock.

Entre os principais benefícios do projeto terapêutico singular estão: a possível participação, reinserção e construção de autonomia tanto para o sujeito com transtorno psíquico quanto de sua família. De acordo com Grigolo *et al.* (2015, p. 53):

> "O PTS pode ser compreendido como uma tecnologia para a gestão do cuidado. Um Projeto, pois se trata de uma construção inacabada, aberta à provisoriedade e reconfigurações. Terapêutico, uma vez que experimenta o cuidado como uma construção de sentidos de práticas de saúde. Singular, porque se refere ao sujeito/família na produção do cuidado de si. Essa tríade (Projeto/Terapêutico/Singular) possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre a pessoa em sofrimento psíquico, seu técnico de referência e demais profissionais de acordo com as suas necessidades e demandas.

Assimile

O PTS é uma estratégia que contempla o sujeito portador de transtorno mental, seus familiares e a rede social. Trata-se de um processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo e inclusão social (BOCCARDO *et al.*, 2011).

Grigolo (2015) recorre a Oliveira (2007) para defender que PTS é uma coprodução e também um movimento de cogestão do processo terapêutico de um sujeito singular, individual ou coletivo, que se encontra em situação de vulnerabilidade em decorrência de seu estado de saúde mental. O PTS é, ao mesmo tempo, uma produção da relação clínica com o usuário/família e, também, um componente de uma estratégia de gestão e planejamento, portanto, uma proposta de operacionalização do cuidado implicado.

De acordo com Grigolo *et al.* (2015), o PTS agrega toda a equipe e compreende que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito. Defende que a relação com a equipe é determinante para a definição de propostas de ações. Desta forma, o PTS ultrapassa a concepção do estudo de caso clínico tradicional, uma vez que está no campo da clínica ampliada. Busca a educação permanente, a relação com os profissionais e com o usuário, com o território e as redes sociais que os abarcam. O envolvimento de todos coloca esses atores na condição de corresponsáveis pelo tratamento do sujeito portador de transtorno psíquico.

Contudo, é o profissional de referência o responsável por construir e avaliar constantemente o PTS juntamente com o usuário e sua família, quando possível e necessário. O profissional de referência é aquele que acompanha e medeia o caminho ou percurso terapêutico do usuário nos pontos de atenção da rede de saúde, assim como de outros setores. Conversa, interage e decide sempre com o usuário, em seu ambiente, envolve as equipes de referência e de apoio (GRIGOLO *et al.*, 2015, p. 54).

Figura 4.3 | Grupo terapêutico

Fonte: iStock.

Em oposição à clínica tradicional, o PTS acredita que sua potência enquanto modelo terapêutico reside na valorização dos recursos dos usuários. Tais recursos são a condição afetiva, cognitiva e relacional do sujeito-usuário. Grigolo *et al.* (2015) recomendam às equipes da saúde que priorizarem a retomada da dimensão subjetiva, presente no processo de cuidado e de sofrimento psíquico, ao praticar as ações que compõem o PTS.

Essa concepção está em consonância com a visão psicanalítica, por priorizar a subjetividade, ou seja, a valorização da individualidade de cada sujeito. Para a psicanálise, o sujeito deve ser o protagonista de sua própria história, o que diminui a possibilidade de alienação ou de ocupar o lugar de vítima. Freud (1996/1929) afirma que o sofrimento vem por três caminhos: a decadência do próprio corpo; o mundo exterior; e as interações com o outro (com o objeto). Deste modo, entendemos que o sujeito portador de transtorno psíquico pode diminuir seu sofrimento à medida que reduz sua passividade frente à sua própria vida e à sua condição de saúde, o que inclui participar ativamente de sua recuperação ao reconhecer-se capaz de opinar ou de escolhas que podem trazer-lhe prazer, em oposição à dor e ao sofrimento próprio da condição humana, acentuado pelo transtorno psíquico do qual padece. Portanto, reagir ao sofrimento que chega pelos caminhos apontados por Freud (1996/1929) e evidenciados pela condição de doente mental é um caminho importante na obtenção da independência (ainda que relativa) e da reinserção social.

Reflita

Grigolo *et al.* (2015) afirmam que o PTS na atenção em saúde mental pode ser um dispositivo potente, pois possibilita a ampliação da gestão do cuidado. É um processo produtivo na injunção de trabalhadores, de diferentes formações e núcleos e usuários, cujo compromisso é modificar lógicas preestabelecidas e criar novos caminhos e produções para o cuidado.

De acordo com Repler (1990 *apud* CARVALHO *et al.*, 2012), o PTS valoriza a historicidade (a história do sujeito) e as necessidades individuais de cada usuário. Contudo, a elaboração de um projeto terapêutico singular ocorre por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário, da família e desse profissional-referência com toda a equipe da saúde mental, o que determina a prática de discussões e estudo do caso. Deste modo, a equipe multidisciplinar é uma importante ferramenta para o êxito dos projetos terapêuticos singulares implantados no âmbito da saúde mental.

Sem medo de errar

Como a nova gestão compreende a saúde mental de modo diferente da gestão anterior, muitas mudanças serão implantadas no CAPS-AD. A nova diretora tem como missão implantar o projeto terapêutico singular (PTS) e delegou a condução dessa tarefa ao enfermeiro Júlio. O primeiro desafio atribuído ao enfermeiro é apresentar o PTS à equipe da saúde mental, de modo que os profissionais se envolvam com esta atividade.

Ajude Júlio a elaborar uma apresentação para a equipe da saúde. Recorra ao conceito de PTS e aos benefícios que este recurso pode proporcionar ao usuário, tanto ao paciente quanto aos profissionais. Avante!

Atenção

O PTS é o principal instrumento utilizado pelos profissionais da saúde nos CAPS. É definido como um conjunto de ações terapêuticas que resultam de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar. Trata-se de um instrumento que supera o paradigma médico e busca resolver as necessidades dos usuários de modo amplo e complexo, ultrapassando o critério diagnóstico (BRASIL, 2007).

De acordo com Grigolo *et al.* (2015), o PTS é uma tecnologia para a gestão do cuidado. Sua configuração permite compreendê-lo como uma construção inacabada, aberta à provisoriedade e reconfigurações, o que permite ao profissional reescrevê-lo à medida que o usuário manifesta mudanças ou novas necessidades. O caráter terapêutico do PTS está no cuidado ao sujeito como uma construção de sentidos de práticas de saúde. Sua singularidade reside no que se refere ao sujeito e à sua família na produção do cuidado de si. Essa tríade (Projeto/Terapêutico/Singular) possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre o sujeito em sofrimento psíquico, seu técnico de referência e demais profissionais de acordo com as suas necessidades e demandas. É um trabalho vivo, construído e reconstruído continuamente. Entre os principais benefícios do projeto terapêutico estão a possível participação, reinserção e construção de autonomia tanto para o sujeito com transtorno psíquico quanto de sua família. O PTS prioriza mudanças sustentáveis ao longo do tempo e a redução da dependência do sujeito em relação aos serviços de saúde (MANGIA, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007 *apud* BOCCARDO *et al.*, 2011).

A possibilidade de os profissionais da saúde construírem e reconstruírem mutuamente o PTS, à medida que as respostas obtidas dos usuários sinalizarem a necessidade de ajustes, é por si um fator motivador para se

envolverem com o projeto terapêutico singular. Para tanto, precisam discutir, planejar e organizar a participação da equipe em função do conhecimento específico de cada um de seus integrantes.

Avançando na prática

O que tem de novo no projeto terapêutico singular (PTS)?

Descrição da situação-problema

Durante a apresentação do PTS, Júlio foi duramente questionado por alguns profissionais que ainda estão presos ao modelo biomédico. Cristina - uma nutricionista - diz não ter identificado nada novo na proposta do PTS, portanto, esta profissional está resistente à mudança. Com isso, Júlio precisa ser claro em sua explanação e mostrar o que o PTS propõe em termos de inovação e benefício no cuidado em saúde mental. Ajude-o nesse desafio.

Lembre-se

A elaboração de um projeto terapêutico singular ocorre por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário, da família e desse profissional-referência com toda a equipe da saúde mental, o que determina a prática de discussões e estudo do caso. Deste modo, a equipe multidisciplinar é uma importante ferramenta para o êxito dos projetos terapêuticos singulares implantados no âmbito da saúde mental.

Resolução da situação-problema

Em oposição à clínica tradicional, o PTS acredita que sua potência enquanto modelo terapêutico reside na valorização dos recursos dos usuários. Tais recursos são a condição afetiva, cognitiva e relacional do sujeito-usuário. Grigolo *et al.* (2015) recomendam às equipes da saúde que priorizarem a retomada da dimensão subjetiva, presente no processo de cuidado e de sofrimento psíquico, ao praticar as ações que compõem o PTS. Deste modo, o usuário é implicado em seu próprio cuidado e pode ser protagonista de seu progresso no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida e do estado geral de sua saúde.

Ou seja, pode tornar-se agente ativo em seu processo de mudança e reinserção social. Vale lembrar que, para a psicanálise, o sujeito deve ser

o protagonista de sua própria história, o que diminui a possibilidade de alienação ou de ocupar o lugar de vítima. Outro benefício que o PTS oferece, de acordo com Repler (1990 *apud* CARVALHO *et al.*, 2012), é a valorização da historicidade (a história do sujeito) e das necessidades individuais de cada usuário. Por isso, o trabalho dos profissionais da saúde pode provocar resultados melhores, o que certamente será mais gratificante para todos os envolvidos.

Faça você mesmo

Agora, liste os benefícios que a atuação singular dos usuários (paciente e profissional, em especial o da área de enfermagem) pode oferecer ao cuidado do sujeito portador de transtorno psíquico.

Faça valer a pena

1. Assinale a alternativa que indica um objetivo da Política de Saúde Mental:

a) Curar o portador de doença psíquica.
b) Resgatar a cidadania do usuário.
c) Integrar a equipe da saúde.
d) Capacitar os profissionais da saúde.
e) Apoiar a comunidade carente.

2. Marque a alternativa que aponta mudanças proporcionadas pela Política de Saúde Mental:

a) Valorização da internação psiquiátrica.
b) Exclusão da participação da família.
c) Aumento da prescrição de remédios.
d) Redução gradual de leitos psiquiátricos.
e) Aprimoramento das práticas de saúde.

3. O processo de Reforma Psiquiátrica se ancora na desinstitucionalização e está circunscrito no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi um marco no setor da saúde à medida que transformou a área da atenção psicossocial por meio da Lei 10.216/2001, que assegura os direitos das pessoas em sofrimento psíquico (GRIGOLO *et al.*, 2015).

Assinale a alternativa relacionada com os direitos assegurados pela Lei 10.216/2001:

a) A medicação deve ser totalmente substituída pelas terapias alternativas.
b) A família e a comunidade são mais importantes do que o usuário.

c) A equipe da saúde deve priorizar o discurso da família e não o do paciente.
d) As equipes multidisciplinares devem observar o diagnóstico médico.
e) As internações psiquiátricas devem ser o último recurso da atenção.

Seção 4.3

Projetos em saúde mental II

Diálogo aberto

Prezado aluno, vamos prosseguir na busca por mais conhecimento. Na seção passada você conheceu os princípios que orientam a construção de um projeto terapêutico singular e sua importância enquanto estrutura norteadora dos serviços de saúde mental. Conheceu também o modo como a psicanálise compreende essa temática. Agora, a Seção 4.3 apresentará as fases de um projeto terapêutico singular, além da definição, as características e os tipos de oficinas terapêuticas desenvolvidas pelo CAPS na área de saúde mental. Como esta seção dará seguimento à seção anterior, é importante retornar à Seção 4.2 e verificar o modo como a equipe de saúde se organiza em torno do projeto terapêutico singular.

Vamos começar as atividades relembrando a situação hipotética apresentada no começo desta Unidade 4. Júlio é um enfermeiro bastante experiente, tem 20 anos de formado e trabalha em um CAPS-AD de uma cidade de porte médio. Esta unidade recebe um importante número de usuários com as mais variadas psicopatologias e de diferentes faixas etárias. Nos últimos dois anos esse CAPS-AD substituiu seu diretor por uma médica psiquiatra adepta ao modelo de atenção psicossocial.

O CAPS-AD vai adotar as oficinas terapêuticas com o objetivo de favorecer a reintegração psicossocial de seus usuários. Como se trata da primeira ação nesse sentido, faz-se necessário definir os tipos de oficinas apropriadas aos usuários. Essa tarefa ficou a cargo de Júlio, que deverá envolver os diversos profissionais da saúde para montar uma proposta conceitual e apresentar a diretora do CAPS-AD.

Ajude Júlio a elaborar uma proposta de oficina terapêutica que tenha chance real de ser aprovada pela diretoria. Recorra ao conceito de oficina terapêutica, observe suas finalidades, os tipos existentes e as condições que devem ser observadas ao montar um grupo a ser contemplado com esta atividade. Avante!

Não pode faltar

A humanização da saúde deslocou o foco do cuidado em saúde, que até então estava centrado na doença, para a participação ativa do usuário e de sua família ao longo do tratamento. Priorizou a história de vida do usuário, a cultura em que vive, a forma como seu cotidiano está organizado e sua qualidade de vida. Segundo Silva *et al.* (2013), os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) responderam a essa nova visão, organizando-se em torno de ações que contemplam, além da humanização da saúde, o atendimento integral ao usuário, o que pode ser observado no modo como é aplicado o projeto terapêutico singular (PTS). Para o SUS, o conceito de PTS está permanentemente em construção. Surgiu no início dos anos 1990 e vem modificando-se com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica. Ao mesmo tempo, o SUS o define como "um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade" (BRASIL, 2010, p. 94).

De acordo com Merhy (1999 *apud* SILVA *et al.*, 2013), o PTS deve ser composto por propostas de condutas terapêuticas articuladas de modo a responder às necessidades - objetivas e subjetivas - dos usuários. Busca-se promover a autonomia e uma postura ativa do usuário no processo de cuidado à saúde. Para Oliveira (2007 *apud* SILVA *et al.*, 2013, p. 199), o PTS é um arranjo operador e gestor de cuidado, estruturado a partir da cooperação e compartilhamento de saberes centrados no usuário, "é o encontro de desejos, projetos, ideologias, interesse, visão de mundo e subjetividade".

Exemplificando

A palavra projeto, no PTS, deve ser entendida como projetualidade, o que significa capacidade de pensar e de criar novas realidades. Portanto, a coprodução e a cogestão do processo terapêutico devem incorporar esse olhar aos contextos singulares e, ao mesmo, tempo planejar e organizar ações e responsabilidades; faz-se disso uma produção de realidade – projetualidade. Além disso, projeto significa plano, organização de atividades e ações orientadas pela necessidade de resolução de um dado problema (BRASIL, 2010).

De acordo com as orientações do SUS, para realizar um PTS, deve-se envolver o coletivo dos profissionais e usuários da saúde considerando o interesse comum. Para tanto, faz-se necessário estabelecer uma formação de compromisso ou de responsabilização entre as pessoas envolvidas no PTS. De acordo com Oliveira (2008 *apud* BRASIL, 2010), na prática, o PTS é

adotado como estratégia para discussão em equipe ao buscar solucionar casos complexos. Portanto, é um instrumento do trabalho em equipe interdisciplinar adotado pelas equipes de saúde na Atenção Básica cuja construção é pautada em três princípios articulados e sobrepostos: coprodução da problematização; coprodução de projeto; cogestão/avaliação do processo (BRASIL, 2010).

Assimile

O PTS é um importante instrumento para disparar processos de mudança nas práticas de saúde, levando à diversificação das ofertas nos serviços de saúde. Contudo, deve estar alinhado com um projeto mais amplo de saúde e de cidadania (BRASIL, 2010).

Figura 4.4 | Discussão de caso

Fonte: iStock.

Para implantar o PTS, o primeiro passo é a **coprodução da problematização**, o que significa reconhecer uma situação problemática ou a existência de um "caso" que foi tomado pela equipe da saúde de modo unilateral em função de sentir-se detentora do saber científico, ou seja, de um saber "superior". No entanto, um olhar único limita a compreensão do caso e leva o usuário a oscilar entre uma postura de submissão ou de resistência ao tratamento, comprometendo o resultado que pode ser alcançado na atenção ao usuário. Deste modo, para uma coprodução de problematização, faz-se necessário que a equipe reconheça o poder e a capacidade de o usuário

interferir em sua própria relação com seu cotidiano, com a doença e, principalmente, com a saúde. Nesse contexto, a equipe da saúde deve ser flexível e aberta para o imprevisível e para o novo, de modo a lidar com eventuais estados de ansiedade que este modelo pode provocar (CUNHA, 2005 *apud* BRASIL, 2010).

Vocabulário

- **Estereótipo**: generalizações sobre comportamentos, aparência física ou determinadas situações.
- **Premissa**: ideia que origina um conceito ou caminho.
- **Resolutividade**: um dos princípios do SUS. Significa a capacidade de solucionar problemas do usuário de modo adequado, a partir do nível de complexidade, considerando a territorialidade.

O segundo passo é a **coprodução de projeto**. Esta etapa desafia a conciliar as práticas de planejamento com a ideia de projetualidade, além da necessidade de estimular a participação das pessoas envolvidas. No dia a dia do ambiente da saúde, as práticas de planejamento concentram-se muito mais na solução de problemas do que na produção de novos contextos, como propõe o PTS. Com isso, a produtividade volta-se para "produtivismo", o que significa aumento da produção de procedimentos desvinculada da produção de saúde da melhoria da qualidade de vida. A dinâmica do PTS defende que:

> "O princípio de que tudo que se mobiliza em termos de conhecimento, de experiência e de fluxos afetivos com relação ao caso é motivo para análise – a Coprodução de Problematização –, a qual deve conduzir a busca por um entendimento profundo do caso, por parte da equipe e do(s) próprio(s) usuário(s) implicados (BRASIL, 2010, p. 97).

Para evitar que ações estereotipadas surjam e, deste modo, padronizem as formas de compreender e legitimar os "problemas de saúde", a ponto de evitar a discussão de problemas e objetivos singularizados, faz-se necessário que os atores envolvidos mostrem capacidade de observar a singularidade de cada caso, de modo a instituir um projeto possível, de acordo com as possibilidades de recursos e com os princípios ético-políticos do SUS. Somente desta maneira as atividades do contexto da saúde pública alcançarão melhora em relação aos problemas enfrentados.

Reflita

Uma das premissas do PTS é assegurar a singularidade de cada usuário ou caso discutido. De que modo a singularidade é assegurada durante a discussão de um caso? Como a equipe de saúde deve comportar-se para garantir tal princípio?

O terceiro e último passo para se instituir um PTS é denominado Cogestão/Avaliação do Processo. Essa etapa começa no momento em que a equipe reconhece a necessidade de criar ou qualificar os espaços coletivos em que irão se reunir ao longo do desenvolvimento do PTS. Para uma equipe reunir-se e elaborar um PTS, faz-se necessário criar essa possibilidade no seu cotidiano de trabalho, o que pode se materializar por meio da criação de espaço de agenda e legitimação na própria equipe e nas relações com outras equipes. Com a gestão e com a população, o PTS é um dispositivo importante para ampliar a capacidade resolutiva da equipe e do serviço de saúde. Tanto a equipe quanto o gestor terão que desenvolver forte argumentação para convencer-se e convencer os outros sujeitos da importância e dos ganhos obtidos quando se discute um caso, mesmo com todo o "excesso de demanda" que chega aos serviços diariamente. Oliveira (2008 *apud* BRASIL, 2010) diz que o papel desse profissional é manter informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS. Para o autor, o período de reavaliação do caso deve ser o mínimo possível. Longos intervalos entre os períodos de avaliação acarretam o risco de causar danos ao sujeito ou a perda de familiaridade da equipe com a problemática em questão.

Um importante recurso oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na reabilitação dos usuários da clínica de saúde mental são as oficinas terapêuticas, que buscam facilitar a reabilitação e ressocialização psicossocial do usuário e de sua família. As oficinas terapêuticas ocorrem por meio de grupos que adotam o diálogo e o compartilhamento de experiências com a presença de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários que orientam as atividades realizadas, cujo objetivo é melhorar a adaptação do usuário às atividades da vida cotidiana. É uma das principais e mais importantes formas de tratamento oferecido pelo SUS.

Figura 4.5 | Oficina terapêutica / grupo de teatro

Fonte: iStock.

Os grupos ou oficinas terapêuticas são formados em função do interesse comum e das necessidades dos usuários, dentro das possibilidades dos técnicos do CAPS. Têm como objetivo desenvolver as habilidades corporais, bem como promover maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, a realização de atividades produtivas, e o exercício coletivo da cidadania. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), trata-se de uma atividade multidisciplinar que ao agregar diversas áreas da saúde oferece atenção integral ao usuário.

Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficinas terapêuticas, que estão organizadas conforme mostra o quadro a seguir.

Quadro 4.2 | Tipos de oficinas terapêuticas

Tipo de oficina	Áreas atendidas
Oficinas de expressão Promovem a expressão de habilidades relacionadas a artes e à cultura, entre outras.	**Plástica**: pintura, argila, desenho, etc. **Corporal**: dança, ginástica e técnicas teatrais. **Verbal**: poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música. **Musical**: atividades musicais, fotografia, teatro.
Oficinas geradoras de renda Instrumento de geração de renda por meio do aprendizado de atividade específica.	Culinária; marcenaria; costura; fotocópias; venda de livros; fabricação de velas; artesanato em geral; cerâmica; bijuterias; brechó, entre outras.
Oficinas de alfabetização Importante recurso na (re)construção da cidadania e fortalecimento da autoestima.	Atividades de leitura e escrita.

Fonte: adaptado de Brasil (2004).

De acordo com Martins *et al.* (2010 *apud* AZEVEDO; MIRANDA, 2011), as oficinas terapêuticas desenvolvidas nos CAPS permitem projetar conflitos internos e externos a partir da valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário e de seus familiares, assim como fortalecer a autoestima e a autoconfiança, a reunião de saberes e a expressão da subjetividade de seus integrantes.

As oficinas em saúde mental são consideradas terapêuticas quando possibilitam - efetivamente - aos usuários um lugar para expressão e acolhimento de suas falas (LAPPANN-BOTTI; LABATE, 2004 *apud* AZEVEDO; MIRANDA, 2011), além da uma escuta atenta e sensível à história individual do sujeito, ainda que envolvida em uma trama coletiva.

Sem medo de errar

O CAPS-AD vai adotar as oficinas terapêuticas com o objetivo de favorecer a reintegração psicossocial de seus usuários. Como se trata da primeira ação nesse sentido, faz-se necessário definir os tipos de oficinas apropriadas aos usuários. Essa tarefa ficou a cargo de Júlio, que deverá envolver os diversos profissionais da saúde para montar uma proposta conceitual e apresentar à diretora do CAPS-AD.

Ajude Júlio a elaborar uma proposta de oficina terapêutica que tenha chance real de ser aprovada pela diretoria. Recorra ao conceito de oficina terapêutica, observe suas finalidades, os tipos existentes e as condições que devem ser observadas ao montar um grupo a ser contemplado com esta atividade.

Atenção

Um importante recurso oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na reabilitação dos usuários da clínica de saúde mental são as **oficinas terapêuticas**. Ocorrem por meio de grupos que adotam o diálogo e o compartilhamento de experiências com a presença de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários que orientam as atividades realizadas, cujo objetivo é melhorar a adaptação do usuário às atividades da vida cotidiana.

As oficinas terapêuticas são importante recurso para a reabilitação e ressocialização psicossocial do usuário portador de transtorno mental e, por isso, faz-se necessário que sejam adotadas pelo CAPS-AD. De acordo com Martins *et al.* (2010 *apud* AZEVEDO; MIRANDA, 2011), as oficinas

terapêuticas permitem projetar conflitos internos e externos a partir da valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário, a reunião de saberes dos diversos profissionais da saúde e a expressão da subjetividade de seus integrantes. No entanto, para serem efetivamente terapêuticas, precisam possibilitar aos usuários um lugar para expressão e acolhimento de suas falas (LAPPANN-BOTTI; LABATE, 2004 *apud* AZEVEDO; MIRANDA, 2011), além da uma escuta atenta e sensível à história individual do sujeito, ainda que envolvida em uma trama coletiva.

Como o CAPS-AD conta com profissionais de diversas áreas, amplia o leque de possibilidades de os técnicos desenvolverem variados tipos de oficinas terapêuticas. Os grupos devem ser montados em função do interesse comum e das necessidades dos usuários. Cada profissional orientará atividades e desenvolverá a capacidade de o usuário retomar atividades de sua vida em sociedade, o que se ajusta à proposta das oficinas terapêuticas de expressão (canto, dança, teatro, pintura). Estas oficinas promoverão o aumento da autoestima e da autoconfiança do usuário. Já as oficinas geradoras de renda visam promover a independência financeira ao sujeito portador de transtorno psíquico, além do exercício coletivo da cidadania.

Avançando na prática

Benefícios das oficinas terapêuticas

Descrição da situação-problema

O CAPS-AD vai receber o Secretário Municipal da Saúde e pretende apresentar uma das atividades que implantou nesta unidade e, desta maneira, mostrar os avanços que a área da Saúde pode alcançar. Para tanto, elegeu as oficinas terapêuticas e solicitou a Júlio que preparasse uma breve apresentação, destacando os benefícios que as oficinas terapêuticas podem proporcionar aos usuários da saúde mental. Ajude Júlio a montar esta apresentação.

Lembre-se

As oficinas terapêuticas são uma das principais e mais importantes formas de tratamento oferecido pelo SUS e está em acordo com os princípios do projeto terapêutico singular, o que significa reunir ações terapêuticas que resultam da discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar.

Resolução da situação-problema

A oficina terapêutica é um recurso que busca facilitar a reabilitação e ressocialização psicossocial do usuário e de sua família. Entre seus objetivos, estão: melhorar a adaptação do usuário às atividades da vida cotidiana; promover mudanças sustentáveis ao longo do tempo; e a redução da dependência do usuário dos serviços de saúde.

É uma das principais e mais importantes formas de tratamento oferecido pelo SUS. Permitem projetar conflitos internos e externos a partir da valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário e de seus familiares, assim como fortalecer a autoestima e a autoconfiança, a reunião de saberes e a expressão da subjetividade de seus integrantes.

Ao adotar as oficinas terapêuticas, o CAPS-AD promove maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania. Deste modo, oferece atenção integral ao usuário.

Faça você mesmo

Escolha o tipo de oficina terapêutica apropriada para um grupo de adultos psicóticos e um grupo de adolescentes bulímicos.
Indique os profissionais que devem conduzir cada um dos grupos, o de adultos psicóticos e um grupo de adolescentes bulímicos.

Faça valer a pena

1. Para o SUS, o conceito de PTS está permanentemente em construção. Surgiu no início dos anos 1990 e vem se modificando com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica.

Marque a alternativa que indica como o SUS define o público para o qual o projeto terapêutico singular (PTS) está direcionado:

a) Famílias de crianças dependentes químicas.
b) Famílias de adultos dependentes de drogas ilícitas.
c) Indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade.
d) Indivíduos de grandes centros urbanos em situação precária.
e) Indivíduos portadores de transtornos mentais com histórico de internações.

2. Marque a alternativa que indica ações necessárias para realizar um projeto terapêutico singular:

a) As certezas e consequentes imposições da área médica.
b) A comunidade na qual o usuário está inserido, que dita regras.
c) Certezas, incertezas e o diálogo com a Medicina e a Sociologia.
d) As políticas Municipal, Estadual e Federal de saúde pública.
e) O interesse comum do objetivo dos profissionais e usuários da saúde.

3. Para implantar o projeto terapêutico singular (PTS), o primeiro passo é a coprodução da problematização, o que significa reconhecer uma situação problemática ou a existência de um "caso" que foi tomado pela equipe da saúde de modo unilateral em função de sentir-se detentora do saber científico, ou seja, de um saber "superior".

Marque a alternativa que indica as consequências causadas por uma visão unilateral, quando se trata da implantação do projeto terapêutico singular:

a) O usuário oscila da submissão à resistência ao tratamento.
b) O usuário amplia sua visão de saúde e adere ao tratamento.
c) Profissionais mais seguros e maior adesão ao tratamento.
d) Tratamentos mais amplos, usuários e profissionais mais felizes.
e) Amplia a compreensão do caso e motiva os profissionais.

Seção 4.4

Terapêuticas da saúde mental

Diálogo aberto

Prezado aluno, na seção passada você conheceu as fases que compõem um projeto terapêutico singular. Além disso, conheceu a definição, as características e ok tipos de oficinas terapêuticas desenvolvidas pelo CAPS na área de saúde mental. Agora, a Seção 4.4 vai apresentar algumas terapêuticas da saúde mental, a visão psicanalítica sobre essas terapêuticas e o papel do enfermeiro nesse contexto. Estes temas remetem ao conceito de equipe multiprofissional/multidisciplinar apresentado na Seção 4.1. Portanto, faz-se importante revisitá-la e retomar tal conceito.

Vamos iniciar as atividades da Seção 4.4 relembrando a situação hipotética apresentada no começo desta unidade. Júlio, um enfermeiro bastante experiente, tem 20 anos de formado e trabalha em um CAPS-AD de uma cidade de porte médio. Esta unidade recebe importante número de usuários com as mais variadas psicopatologias e de diferentes faixas etárias. Nos últimos dois anos esse CAPS-AD substituiu seu diretor por uma médica psiquiatra adepta ao modelo de atenção psicossocial.

O CAPS-AD está implantando o conceito de aconselhamento e espera que este recurso contribua significativamente para a reinserção psicossocial de seus usuários. O primeiro passo é capacitar a equipe para trabalhar com aconselhamento. A diretora da unidade atribuiu a Júlio esta tarefa. Para tanto, deverá ministrar uma palestra inicial apresentando o conceito de aconselhamento. Ajude-o a preparar essa palestra. Consulte o conceito de aconselhamento, bem como sua aplicabilidade, seus objetivos e seus limites.

Não pode faltar

A Reforma Psiquiátrica foi um marco na concepção de saúde/doença. Derrubou o conceito do tratamento asilar que segregava os sujeitos portadores de doenças mentais à medida que os afastava do convívio familiar e social e instituiu o conceito de autonomia e reinserção do sujeito na sociedade (LUZ *et al.*, 2014). A partir desse contexto, reconheceu-se que o usuário da clínica psiquiátrica precisa de atenção personalizada e integral – voltada à valorização de sua subjetividade – que envolva proteção, acolhimento e qualidade dos serviços. Desta forma, entende-se possível reduzir as deficiências

no acompanhamento e tratamento, a fim de promover melhor qualidade de vida, tanto para o usuário quanto para sua família (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000).

Assimile

"Os serviços de saúde mental estão envolvidos com os processos distintos nos perfis, costumam desenvolver atividades terapêuticas peculiares exigindo do enfermeiro versatilidade e capacidade de desenvolver atividades terapêuticas diversas, considerando as necessidades dos usuários e as habilidades dos profissionais para atender aos preceitos do modelo assistencial" (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

Importantes transformações conceituais e operacionais surgiram no âmbito da Atenção em Saúde Mental, em especial, a partir da Lei Federal n. 10.216/2001 e das diretrizes da PNSM, que trouxeram mudanças no modo de assistir o sujeito com doença mental. Essa orientação possibilita maior autonomia, o exercício de funções pessoais e sociais, a valorização de potencialidades, além da possibilidade deste usuário receber atendimento em abordagem psicossocial, dispensada por equipe multiprofissional e de caráter interdisciplinar (BRASIL, 2001; LUZ *et al.*, 2014). Nesse contexto, as terapêuticas da saúde, como o aconselhamento psicológico, destacam-se enquanto recurso relevante.

Vocabulário

- **Circunscrito**: limitado; localizado.
- **Escopo**: alvo; propósito; delimitação das atividades; somatória de um projeto.
- **Segregar**: separar com o intuito de isolar; desmembrar.

Aconselhamento psicológico (counselling) é uma relação de ajuda que tem por objetivo facilitar a adaptação satisfatória do sujeito à situação em que se encontra e, desse modo, otimizar os seus recursos pessoais de modo a favorecer o autoconhecimento, a autoajuda e a autonomia. Busca, ainda, promover o bem-estar psicológico e a autonomia no confronto com dificuldades e desafios enfrentados no cotidiano do sujeito.

Contudo, ao contrário do que o nome pode sugerir, aconselhar não é sinônimo de dar conselho ou encorajar o comportamento a ser seguido. É

um modo de ajudar o sujeito a compreender-se ou perceber-se diante da situação em que se encontra, de modo a ajudá-lo a aumentar sua capacidade de tomar decisões que lhe favoreçam (ROWLAND, 1992 *apud* TRINDADE; TEIXEIRA, 2000).

O aconselhamento é um processo no qual um técnico utiliza competências específicas para ajudar o sujeito a lidar de forma mais eficaz com a sua vida. Faz-se importante pontuar que aconselhamento psicológico e psicoterapia são conceitos distintos. Segundo Bond (1995 *apud* TRINDADE; TEIXEIRA, 2000), o aconselhamento distingue-se da psicoterapia ao focar sua ação no caráter situacional, ao centrar-se na resolução de problemas do sujeito, ao focalizar o presente, e ao propor uma duração mais curta do que o processo de psicoterapia. É mais orientado para a ação do que para a reflexão ou compreensão da situação vivida. Predominantemente, é mais centrado na prevenção do que no tratamento e enquanto tarefa essencial do técnico - facilita a mudança de comportamento e ajudar a mantê-la.

Figura 4.6 | Aconselhamento em grupo

Fonte: iStock.

Trindade e Teixeira (2000) ressaltam que, no contexto da saúde, o aconselhamento tem por objetivo principal a redução de risco para a saúde, o que se consegue por meio de mudanças concretas do comportamento do sujeito ao adotar um estilo de vida mais saudável. Para tanto, faz-se necessário incorporar hábitos saudáveis, como: alimentação adequada, prática de exercício físico, gestão do estresse, entre outros. No âmbito da adaptação psicológica, é necessário confrontar-se com a doença e incapacidade geradas pela patologia, ajustamento à nova situação, interação com técnicos da saúde, adesão aos tratamentos e, por fim, adoção de medidas de reabilitação. As autoras defendem que a promoção do aconselhamento psicológico na área

da saúde é indicada em quatro áreas importantes, na prestação de cuidado de saúde: 1) promoção e manutenção da saúde; 2) prevenção da doença; 3) adaptação à doença; e 4) adesão a exames e tratamentos médicos.

A relação clínica no aconselhamento envolve três componentes diferentes, cujo peso específico pode variar em cada intervenção ou em cada entrevista em função das necessidades específicas do sujeito, como mostrado a seguir.

Quadro 4.3 | Tipos de relação clínica no aconselhamento

Tipos de relação clínica no aconselhamento	Propósito
Ajuda	Ensina a lidar com dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões e substituir comportamentos.
Pedagógica	Envolve a transmissão de informação.
Apoio	Transmissão de segurança emocional, facilitação do controle interno e promoção da autonomia pessoal.

Fonte: adaptado de Trindade e Teixeira (2000).

Vale ressaltar que o aconselhamento psicológico requer formação especializada, portanto, é uma tarefa restrita ao psicólogo. Contudo, outros profissionais da área da saúde, incluindo o enfermeiro, podem realizá-lo quando a abordagem do atendimento ficar circunscrita a ações educativas e informativas, ou seja, a questões de pedagogia, o que é importante na compreensão do papel do usuário em relação à saúde/doença. Segundo Luz *et al.* (2014), o profissional da enfermagem pode realizar palestras educativas sobre variados temas (por exemplo, orientação sobre a administração dos medicamentos, entre outros) e realizar reuniões individuais ou grupais com os usuários e seus familiares. Os autores recorrem a Alencar e Fernandes (2010) para defender a importância e o escopo do papel do enfermeiro no aconselhamento ao usuário portador de transtorno psíquico:

> “[...] faz-se importante uma orientação de qualidade ao usuário e seus familiares sobre os cuidados com a alimentação, higiene, manipulação, tomada e/ou administração da medicação, cabendo ao enfermeiro o compromisso de estabelecer laços com a família desses clientes, assim como, incluí-los ativamente no processo de cuidado, de forma que juntos promovam bem-estar ao paciente e exerçam influência positiva sobre a situação de saúde deste. (LUZ *et al.*, 2014, p. 6).

O limite para a aplicação do aconselhamento psicológico é atingido quando o usuário não deseja receber aconselhamento de saúde, o que pode ser identificado nas seguintes situações: 1) quando informado do que se trata; 2) quando atribui seus problemas de saúde ao outro, portanto, não reconhece sua participação ou responsabilidade em relação aos problemas de saúde; 3) quando não distingue a relação que seu comportamento tem com seu estado de saúde (LUZ *et al.*, 2014).

Luz *et al.* (2014) ressaltam que o enfermeiro está apto a oferecer uma assistência de promoção da saúde que possibilita um cuidar direcionado, específico e individualizado, priorizando, portanto, as necessidades do paciente com transtorno mental. Deste modo, observa-se que o atendimento dispensado aos usuários é amplo e visa preservar o autocuidado e a autoestima do sujeito.

Outro aspecto relevante no contexto das terapêuticas da saúde mental diz respeito a situações de crises. Quando o usuário está vivenciando eventos estressantes ou adversos, diz-se que está em crise. A ajuda dispensada nessas ocasiões é denominada intervenção à crise e, geralmente, busca aliviar o sofrimento durante breve episódio de doença ou catástrofe pessoal ou, ainda, na fase inicial do tratamento, anterior à adoção de medidas específicas para tal fim, quando, por exemplo, o sujeito aguarda a resposta de medicação que começou a usar. Portanto, a terapia de apoio propõe-se dar suporte ao usuário cuja condição psiquiátrica não pode ser tratada ou tem problemas em sua vida para os quais não tenha resolução ampla ou total.

Reflita

Se o enfermeiro não pode prestar aconselhamento psicológico, mas pode ministrar palestras e reuniões de cunho informativo, qual o teor do aconselhamento psicológico? A resposta a esta questão levará ao entendimento do motivo pelo qual os demais profissionais (ou seja, não psicólogos) não podem realizar aconselhamento psicológico.

Os procedimentos básicos do tratamento de apoio, segundo Pereira *et al.* (2013), consistem em: 1) promover um relacionamento terapêutico de confiança; 2) ouvir as preocupações dos pacientes; 3) promover a recordação de eventos traumáticos; 4) encorajar a expressão das emoções; 5) identificar e estimular qualidades não desenvolvidas; 6) melhorar o estado de espírito; 7) encorajar a autoajuda; 8) dar informações e explicações úteis; e 9) avaliar a necessidade de introduzir uma medicação por um período para reduzir a ansiedade e favorecer o sono.

O aconselhamento psicológico de abordagem psicanalítica é orientado para apontar a dinâmica psíquica que mantém o comportamento do indivíduo, o que ocorre a partir da compreensão dos conteúdos inconscientes. No entanto, não se trata de um processo tradicional de psicanálise. Ao contrário, considera o contexto transitório e a breve da relação entre o psicólogo/psicanalista e o sujeito. O psicólogo terá, portanto, a função de aconselhador/moderador que procura assegurar um ambiente de confiabilidade nos resultados, de sigilo e de respeito aos direitos do sujeito. Winnicott (1965/1994, 1971/1984 *apud* MORENO; REIS, 2013) desenvolveu um atendimento intitulado consulta terapêutica, caracterizado pela valorização do tempo e espaço de conversa, de um ambiente facilitador, com foco no esclarecimento das questões apresentadas pelo usuário. Busca-se alcançar uma relação de confiança, apoio e acolhimento. Para a psicanálise winnicotiana, o profissional somente pode ajudar verdadeiramente o outro quando o interesse pelo que este fala mantém-se vivo.

De acordo com Pedrão (1990), na área da saúde mental, o papel da enfermagem é por vezes indefinido. Esse contexto provoca uma fuga para atividades burocráticas/administrativas. Para o autor, atualmente, a maioria dos profissionais de enfermagem que atua na área da Psiquiatria não apresenta condições apropriadas de trabalho, como consequência do inadequado preparo recebido na graduação. Essa condição leva este profissional ao medo de assistir o doente mental. Desse modo, pode colocar em risco a qualidade da assistência prestada e acarretar a falta de uma padronização no exercício da enfermagem psiquiátrica. Portanto, o enfermeiro ocupa-se com o planejamento, execução, administração, coordenação e avaliação das atividades da equipe, além de participar da composição da equipe multiprofissional de saúde mental e atua como agente terapêutico junto às pessoas assistidas.

Exemplificando

"A prática de Enfermagem Psiquiátrica tem como uma de suas especialidades a promoção do bem-estar do paciente" (FRAGA, 1993 *apud* ALBUQUERQUE; MARCOLAN, 2000, p. 56). Contudo, esta prática não tem sido exercida em toda sua extensão, pois o profissional da enfermagem perdeu seu espaço, ou ainda não conquistou todo o espaço no qual pode atuar. Os enfermeiros que prestavam assistência direta ao paciente tornaram-se gerentes que controlam aqueles que executam o trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1989 *apud* FRAGA, 1993 *apud* ALBUQUERQUE; MARCOLAN, 2000, p. 56). Deste modo, restringem sua área de atuação.

Ainda há muito a avançar na formação do enfermeiro psiquiátrico no Brasil, desde a definição consistente de seu papel, seu raio de atuação, até a capacitação propriamente dita. Enquanto isso, o profissional da enfermagem que tem afinidade com esse campo da saúde busca nos cursos de especialização uma preparação complementar à recebida na graduação ou descobre, no exercício da profissão, limitações ao assistir o usuário portador de transtorno psíquico.

Sem medo de errar

O CAPS-AD está implantando o conceito de aconselhamento e espera que este recurso contribua significativamente para a reinserção psicossocial de seus usuários. O primeiro passo é capacitar a equipe para trabalhar com aconselhamento. A diretora da unidade atribuiu a Júlio esta tarefa. Para tanto, deverá ministrar uma palestra inicial apresentando o conceito de aconselhamento. Ajude-o a preparar essa palestra. Consulte o conceito de aconselhamento, bem como sua aplicabilidade, seu objetivo e seus limites.

Atenção

De acordo com Trindade; e Teixeira (2000), a promoção do aconselhamento psicológico na área da saúde é indicada em quatro áreas importantes, na prestação de cuidado de saúde: 1) promoção e manutenção da saúde; 2) prevenção da doença; 3) adaptação à doença; e 4) adesão a exames e tratamentos médicos.

Aconselhamento psicológico (counselling) é uma relação de ajuda que tem por objetivo facilitar a adaptação satisfatória do sujeito à situação em que se encontra e, desse modo, otimizar os seus recursos pessoais de modo a favorecer o autoconhecimento, a autoajuda e a autonomia. Busca, ainda, promover o bem-estar psicológico e a autonomia no confronto com dificuldades e desafios enfrentados no cotidiano do sujeito.

Contudo, ao contrário do que o nome pode sugerir, aconselhar não é sinônimo de dar conselho ou encorajar o comportamento a ser seguido. É um modo de ajudar o sujeito a compreender-se ou perceber-se diante da situação em que se encontra, de modo a ajudá-lo a aumentar sua capacidade de tomar decisões que lhe favoreçam (ROWLAND, 1992 *apud* TRINDADE; TEIXEIRA, 2000).

Trindade; e Teixeira (2000) ressaltam que no contexto da saúde o aconselhamento tem por objetivo principal a redução de risco para a saúde, o que se

consegue por meio de mudanças concretas do comportamento do sujeito ao adotar um estilo de vida mais saudável. Para tanto, faz-se necessário incorporar hábitos saudáveis, como: alimentação adequada, prática de exercício físico, gestão do estresse, entre outros. No âmbito da adaptação psicológica, é necessário confrontar-se com a doença e a incapacidade gerada pela patologia, ajustamento à nova situação, interação com técnicos da saúde, adesão aos tratamentos e, por fim, adoção de medidas de reabilitação. Vale ressaltar que o limite para a aplicação do aconselhamento psicológico é identificado quando o usuário não deseja receber aconselhamento de saúde.

Avançando na prática

O papel do enfermeiro no aconselhamento psicológico

Descrição da situação-problema

Alguns profissionais da equipe não compreenderam de que modo o enfermeiro pode participar do aconselhamento psicológico. Ajude Júlio a esclarecer essa questão, mostrando possibilidades e limites da atuação do enfermeiro nesse contexto.

Lembre-se

Segundo Luz *et al*. (2014), o profissional da enfermagem pode realizar palestras educativas sobre variados temas (por exemplo, orientação sobre a administração dos medicamentos, etc.) e realizar reuniões individuais ou grupais com os usuários e seus familiares.

Resolução da situação-problema

De fato, aconselhamento psicológico requer formação especializada, portanto, é uma tarefa restrita ao psicólogo. Contudo, outros profissionais da área da saúde, como o enfermeiro, podem realizá-lo, desde que sua atuação fique circunscrita a ações educativas e informativas, ou seja, a questões pedagógicas, o que é importante na compreensão do papel do usuário em relação à saúde/doença. Luz *et al*. (2014, p. 6) recorrem a Alencar e Fernandes (2010) para defender a importância e o escopo do papel do enfermeiro no aconselhamento ao usuário portador de transtorno psíquico:

> [...] faz-se importante uma orientação de qualidade ao usuário e seus familiares sobre os cuidados com a alimentação, higiene, manipulação, tomada e/ou administração da medicação, cabendo ao enfermeiro o compromisso de estabelecer laços com a família desses clientes, assim como, incluí-los ativamente no processo de cuidado, de forma que juntos promovam bem-estar ao paciente e exerçam influência positiva sobre a situação de saúde deste.

Faça você mesmo

Relacione três ações que o enfermeiro pode realizar no âmbito do aconselhamento na área da saúde mental.

Faça valer a pena

1. Assinale a alternativa que mostra um benefício da Reforma Psiquiátrica ao sujeito portador de transtorno mental:

a) Excluiu do contexto psiquiátrico as terapêuticas não medicamentosas.
b) Retirou a importância da família no tratamento do doente mental.
c) Minimizou a importância do tratamento medicamentoso para o psicótico.
d) Instituiu o conceito de autonomia e reinserção do usuário na sociedade.
e) Defendeu a internação em asilos e o tratamento medicamentoso.

2. A relação clínica no aconselhamento envolve três componentes diferentes, cujo peso específico pode variar em cada intervenção ou em cada entrevista em função das necessidades específicas do sujeito.

Marque a alternativa que indica elementos da clínica presentes no aconselhamento psicológico:

a) Pedagogia – influência – apoio.
b) Aconselhamento – influência – apoio.
c) Ajuda – pedagogia – apoio.
d) Aconselhamento – apoio – escuta.
e) Escuta – apoio – ajuda.

3. Aconselhamento psicológico e psicoterapia são conceitos distintos. Segundo Bond (1995 *apud* TRINDADE; TEIXEIRA, 2000), o aconselhamento distingue-se da psicoterapia ao focar sua ação no carácter situacional, ao centrar-se na resolução de problemas do sujeito, ao focalizar o presente, e ao propor uma duração mais curta do que o processo de psicoterapia.

Em relação ao aconselhamento, marque a alternativa correta:

a) É realizado com a participação de toda a equipe da saúde.
b) Baseia-a essencialmente nos mecanismos de defesa.
c) É centrado na manifestação da história infantil do usuário.
d) É mais centrado na prevenção do que no tratamento.
e) Nega a relação entre a história passada e o presente.

Referências

ALBUQUERQUE, E.; MARCOLAN, J. O contexto da prática na enfermagem psiquiátrica. **Rev. Enferm**. UNISA, 2000; 1: 54-8. Disponível em: http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2000-13.pdf. Acesso em: 25 set. 2016.

AZEVEDO, D.; MIRANDA, F. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção dos familiares. **Esc. Anna Nery** (impr.), 2011 abr.-jun. v. 15, n. 2, p.339-345. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17. Acesso em: 24 set. 2016.

BOCCARDO, A. C. *et al*. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: http://revistas.usp.br/rto/article/view/14124/15942. 26 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 - 2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 340p. Série E. Legislação de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. Acesso em: 14 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. 1. reimpr. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2008. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cl%C3%ADnica_ampliada,_equipe_de_refer%C3%AAncia_e_projeto_terap%C3%AAutico_singular.pdf. Acesso em: 6 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília-DF, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf. Acesso em 5 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 abril de 2001**. Brasília-DF, 9 de abril de 2001. Seção 1, p. 02. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 25 set. 2016.

CARVALHO, L. *et al*. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, 36(3), p. 521-525, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n5/18.pdf. Acesso em: 15 ago. 2016.

DAMÁSIO, V.; COSTA, V.; ESTEVES, K. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Enferm**. UFPE, v. 2, n. 4, p. 425-433, out./dez. 2008. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/329/pdf_404. Acesso em: 25 set. 2016.

FREUD, S. **O mal-Estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas

Completas de Sigmund Freud. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GRIGOLO, T. *et al*. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 7, n. 15, p. 53-73, 2015. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2951. Acesso em: 2 set. 2016.

LUZ, V. L. *et al.* Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Interd**. v. 7, n. 4, p. 1-12, out./nov./dez. 2014. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/368/pdf_153. Acesso em: 25 set. 2016.

MORENO, D. M.; REIS, ALBERTO. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. **Temas de Psicologia**, v. 21, Ribeirão Preto, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300003. Acesso em: 26 set. 2016.

OLIVEIRA SOBRINHO, T. *et al*. Integração acadêmica e multiprofissional no Pet-saúde: experiências e desafios. **Revista Abeno** v. 11, n. 1, Londrina, jan. /jun. 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-59542011000100009&script=sci_arttext&tlng=p. Acesso em: 14 ago. 2016.

PEDRÃO, L. J. **Certezas e dúvidas do enfermeiro de unidade de psiquiatria de hospital geral**: seu papel, sua educação. 96 p., 1990. Tese apresentada à Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do grau de Mestre.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2016.

PEREIRA, A. *et al*. **Saúde Mental**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2010?show=full. Acesso em: 25 set. 2016.

SEVERO, S.; SIMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** (15 Supl. 1): 1685-1698, 2010. Disponível em: http://ltc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Interdisciplinaridade%20nos%20CAPS.pdf. Acesso em: 16 ago. 2016.

SILVA, E. *et al.* Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Projeto_Terap%C3%AAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 5 set. 2016.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, 1(XVIII), p. 3-14, 2000. Disponível em: http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/418/pdf. Acesso em: 25 set. 2016.

VASCONCELOS, V. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS.

SMAD. Revista Eletrônica em Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 6, n. 1, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015. Acesso em: 16 ago. 2016.

ISBN 978-85-848-2691-9