



CURSINHO DA UNIVERSIDADE

SAÚDE MENTAL

PELO FIM DA CAMISA DE FORÇA

(Artigo 5º, Parágrafo II da RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA nº 1.408/94)

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PSQUIATRIA NO BRASIL

Para compreendermos a evolução psiquiátrica no Brasil e a inserção da enfermagem nesse contexto se faz necessário conhecer as inúmeras transformações que ocorreram técnicas e científicas que ocorreram. Inicialmente serão apresentados os dados históricos a partir do século XVIII e com ênfase no século XIX onde surgiram os primeiros locais destinados a assistência ao portador de saúde mental.



PERÍODO COLONIAL

Até o século XVIII os portadores de transtornos mentais eram considerados loucos e recolhidos a prisões, confinados em aposentos prisões construídos no fundo de suas casas, sendo posteriormente enviados a Europa. As instituições hospitalares se apresentavam como espaço para doentes e abrigo para desvalidos. Nesse contexto em surgiram as santas casas de misericórdia em 1543 em Santos.

No Brasil a institucionalização da psiquiatria ocorreu com o surgimento das santas casas, onde o paciente era recolhido sem qualquer tratamento oferecido. Os doentes eram lançados em porões, passavam por castigos físicos como forma de punição por comportamentos inapropriados.

Com a criação da Sociedade de Medicina no Rio de Janeiro surgiram inúmeras reclamações referentes aos maus tratos e por requerimento de alguns médicos criou um hospital para tratar esses pacientes. Por meio do decreto 82/1841 de Dom Pedro II surgiu a primeira instituição psiquiátrica no Brasil o Hospício Pedro II na Praia Vermelha vinculado a Santa Casa de Misericórdia. A assistência aos doentes era realizada por freiras auxiliadas por funcionários leigos denominados "enfermeiros".

Em 1852 em São Paulo foi criado o Asilo Provisório do Largo dos Curros. A partir da experiência de São Paulo e Rio de Janeiro foi criado em todo o Brasil hospitais psiquiátricos públicos nesta sequência: Hospital Juliano Moreira em Salvador, Hospital psiquiátrico São Pedro no Rio Grande do Sul, São Vicente de Paula em Fortaleza, Santa Leopoldina em Maceió, Santa Ana na Paraíba, Hospício Eduardo Ribeiro em Manaus, hospital do Juquery em São Paulo, Centro Psiquiátrico em Barbacena - Minas Gerais e instituto de psiquiatria da USP em São Paulo.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

3



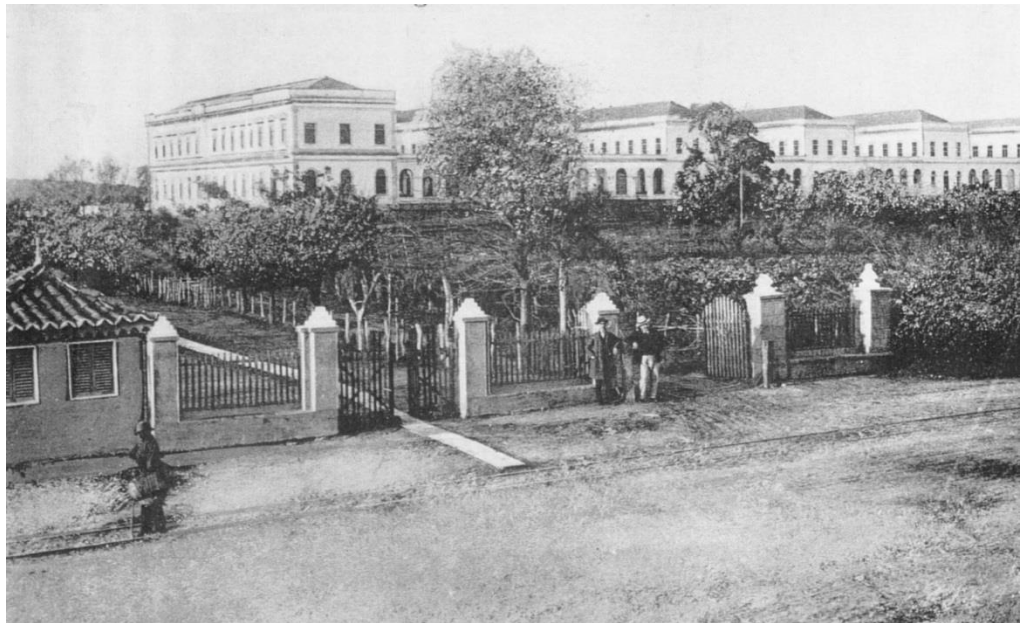
RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

4



PERÍODO DA REPÚBLICA

Com a proclamação da república houve rompimento das relações entre estado e clero e o controle do Hospício Pedro II deixou de ser da santa casa e ficou comandado pelo governo republicano passando a se chamar Hospício dos Alienados. Com o abandono das irmãs da caridade na direção a crise e o abandono se instalaram e os "enfermeiros" passaram a prestar o atendimento. Com a inserção da figura do médico os setores passaram a ser coordenados por este profissional e o número de pacientes aumentava. Para remediar o atendimento o governo criou a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras baseada no modelo da França. Até o século XX o enfermeiro não tinha papel terapêutico pois sua função era apenas manter a ordem do local e o técnico em enfermagem não estava inserido nesse contexto pois, não era regulamentado como profissional.



PSIQUIATRIA NO SÉCULO XX NO BRASIL

No Brasil a primeira metade do século XX foi marcada pelo surgimento da insulino-terapia, eletroconvulsoterapia, surgimento de medicamentos psicotrópicos e fundação das comunidades terapêuticas. Ao final da segunda Guerra mundial surgiram vários movimentos de contestação das práticas psiquiátricas no mundo e vários países eram a favor de uma reforma com melhorias técnicas, científica, administrativa e no próprio atendimento.

No Brasil no século XX a psiquiatria foi regulamentada por diversos decretos que visavam a institucionalização da loucura dividindo e separando os "loucos" e os "loucos delinquentes" que proibiu que os alienados fossem mantidos em cadeias públicas e determinou a extinção dos manicômios criminais. Dessa forma os delinquentes só poderiam permanecer em asilos públicos em pavilhões especializados. Em 1921 foi criado o Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro visando a correção dos internos considerados perigosos e incuráveis.

A partir dos anos de 1950 surgiu novos serviços ao atendimento do paciente psiquiátrico como: leitos em hospitais gerais, emergências e ambulatórios. Em 1954 na Bahia foi criado a primeira unidade de internação psiquiátrica em Hospital Geral, posteriormente São Paulo e expandida para todo o Brasil. Em 1955 criou no Rio de Janeiro o primeiro serviço de emergência psiquiátrica no Brasil.

Nos anos de 1960 com o golpe militar surgiu a medicina previdenciária e a psiquiatria em massa. Com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensão houve acréscimo de leitos psiquiátricos na rede hospitalar privada, financiada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1970 foram marcados pelas revelações dos profissionais de saúde mental contra a "indústria da loucura"

REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve como ponto de virada em 1987 a Conferência nacional de Saúde Mental e o Segundo encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A ação cultural passou a ocupar um lugar estratégico no movimento da luta antimanicomial convidando a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com a loucura. Passou a defender a participação dos usuários e seus parentes aos serviços de saúde mental. Como marco da luta o dia 08 de maio passou a ser o dia da luta antimanicomial visando melhoria da estrutura do cuidado.

Em 1987 em São Paulo criou-se o primeiro CAPS em Santos, iniciou também a intervenção na casa de saúde Anchieta a construção da rede extra hospitalar com a criação do NAPS. Em 1989 ocorreu a primeira experiência concreta da desconstrução do cuidado manicomial no Brasil a partir da criação dos CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas e residências terapêuticas. Nesse mesmo ano foi encaminhado ao Congresso Nacional o projeto Lei 3.657 de autoria do deputado Paulo Delgado que propôs a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a implantação de unidades psiquiátricas em hospital geral e recursos de atenção extra hospitalares como: hospital dia, hospital noite, pensões e centros de conveniências. O projeto foi aprovado dez anos depois.

Em 1990 iniciou-se uma extensa legislação do Ministério da Saúde sobre o tratamento apropriado aos portadores de transtornos mentais. No Rio Grande do Sul o Marco importante foi a aprovação da lei da reforma psiquiátrica 9.716 que tratou a reforma em âmbito estadual.

Desde 1992 foram 8 leis estaduais a vigorarem e todas incluíam substituição progressiva das assistência no hospital psiquiátrico, incentivo dos CAPS, leitos em hospitais gerais, notificação de internação voluntária e a definição dos direitos a pessoa com transtornos mentais.

Em 1996 havia 72.514 leitos em hospitais psiquiátricos, 145 CAPS e a portaria 1.077/ 99 dispõe sobre medicamentos básicos de saúde mental para usuários dos serviços públicos. Assim, surgiu um novo modelo de atendimento por parte dos profissionais de saúde mental.

TESTANDO UM, DOIS, TRÊS!

01. (UFDF 2011) Em consonância com a luta antimanicomial, a Política Nacional de Saúde Mental (2001) redirecionou o modelo assistencial para atender às demandas de cuidados em saúde mental de crianças, adolescentes, adultos e idosos, constituindo-se a Rede de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial. A esse respeito, entende-se que:

- A atenção em saúde mental passou a ser realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ofertada aos casos considerados leves e moderados a fim de prevenir o agravamento do transtorno mental.
- Foram criados Serviços de Residências Terapêuticas para as demandas de internação compulsória.
- As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pela promoção e prevenção de saúde mental, não podendo se responsabilizar pelo cuidado de casos diagnosticados com transtorno mental.
- A internação compulsória é indicada para os casos em que a estrutura familiar não possa dar o suporte necessário ao tratamento médico
- O Programa de Volta para Casa visa à integração social de pessoas com história de longa internação psiquiátrica e conta com auxílio-reabilitação para os beneficiários.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

5



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

6

02. (CESPE 2017) Os objetivos dos centros de atenção psicossocial (CAPS), dispositivos estratégicos para tratamentos voltados à saúde mental, incluem

I. promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, com estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

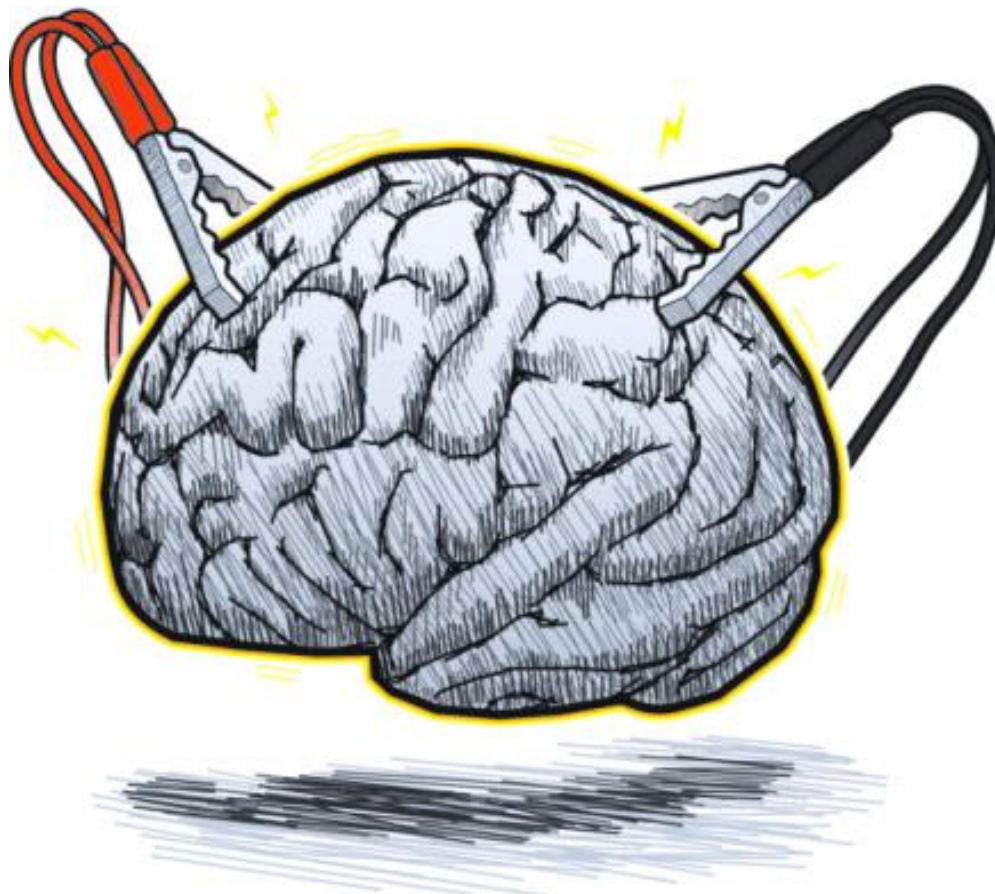
II. regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área de atuação.

III. realizar projetos de pesquisa de relevância científica em sua área de atuação.

- a) Apenas o item I está correto.
- b) Apenas o item II está correto.
- c) Apenas o item III está correto.
- d) I e II estão corretos.
- e) I e III estão corretos.

03. Segundo a Portaria Ministerial que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, são pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde:

- a) O Hospital Psiquiátrico e a Unidade Básica de Saúde.
- b) O Hospital Geral e Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
- c) As enfermarias especializadas para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Hospital Geral e os Centros de Convivência.
- d) As Equipes de Consultório na Rua e Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
- e) Os Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços Residenciais Terapêuticos.



O HOLOCAUSTO BRASILEIRO

e os estragos irreparáveis do silêncio

Um garoto de oito anos vê uma foto de pessoas presas em uma cela.

"Papai, o que é isso?" O pai responde que era um lugar para loucos. "Mas não entendi, por que prendiam os loucos?"

O pai também não entende.

Dentre todas as violências possíveis, a omissão talvez seja a forma mais perturbadora, porque é silenciosa e permite que os estragos perdurem por anos.

Só a omissão foi capaz de permitir que 60 mil brasileiros morressem dentro do Hospital Colônia, em Barbacena (MG). Um genocídio no maior [hospício](#) do Brasil.

A História transformada em memória mostra os horrores de experiências recentes de segregação, como o [Apartheid](#) e o Holocausto. Um ser humano definindo o direito de vida de outro ser humano. Milhões de vítimas e um legado de perplexidade permanente: Do que somos capazes de fazer quando temos poder?

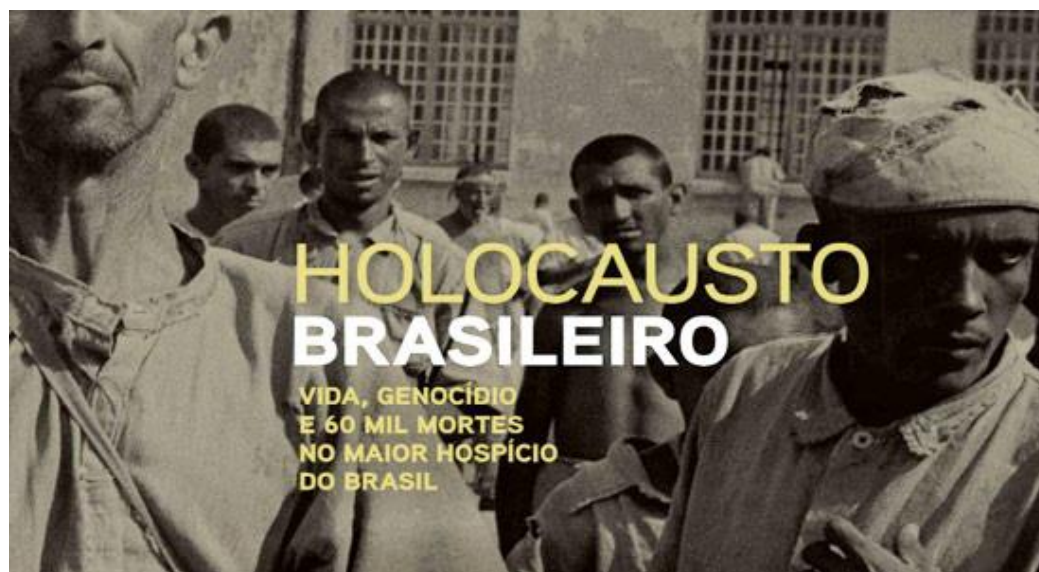
Na tragédia brasileira de Barbacena, os pacientes **internados à força** foram submetidos ao frio, à fome e a doenças. Foram torturados, violentados e mortos. Seus cadáveres foram vendidos para faculdades de medicina, e as ossadas comercializadas.

Amontoados em um trem, chegavam Marias, Josés, Silvios, Antônio, Elzas. Eram pessoas tristes, pessoas tímidas, epiléticos, alcólatras, homossexuais, prostitutas, meninas grávidas pelos patrões, mulheres trancadas pelos maridos, moças que perderam a virgindade antes do casamento, crianças rejeitadas pelos pais por não serem perfeitas.

Estavam ali porque alguém os tinha declarado "loucos".

"Você pode ser meu pai?", pergunta um garotinho, chorando, para o fotógrafo Napoleão Xavier, que visitava a Colônia. Uma criança louca ou uma criança abandonada? A comvente lembrança, assim como o diálogo no começo deste texto, é trazida no documentário *Holocausto Brasileiro*, produzido pela HBO e com estreia na televisão marcada no dia 20, no canal MAX.

O roteiro e a direção são da jornalista Daniela Arbex, autora de [Holocausto Brasileiro](#) (Geração Editorial, 2013), livro que inspira o filme. Armando Mendz também assina a direção.



CLIQUE NA IMAGEM E VEJA O VÍDEO.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

7



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

8

NISE

Você precisa conhecer a história de Nise da Silveira

Já dizia Machado de Assis que "De médico e louco todo mundo tem um pouco". O ditado ficou famoso pelo livro *O Alienista*, de 1882, que faz um debate sobre a loucura. Uma frase parecida é da nordestina Nise da Silveira, grande admiradora do autor brasileiro: "Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas."

Nise Magalhães da Silveira nasceu em 1905 e ajudou a escrever e revolucionar a história da psiquiatria no Brasil e no mundo. Nascida em Maceió, Alagoas, ela ficou conhecida por humanizar o tratamento psiquiátrico e era contrária às formas agressivas usadas em sua época, como o eletrochoque.



De uma inteligência rara e inquietação gigantesca, Nise também inspirou quem conviveu com ela, como é o caso de Gonzaga Leal, artista e terapeuta ocupacional. Ele foi amigo pessoal da alagoana e afirma que "estar junto dela era objeto de amor". "A Nise, para mim, é uma grande inspiração. Ela era uma mulher de uma cultura muito superior e de uma curiosidade absurda; uma mulher que, como ela dizia, era um Lampião, no melhor sentido da coragem, de ser destemida e, além de tudo, uma nordestina; uma mulher que andava de braços colados com o seu desejo."

Inspirada em Carl Jung, um dos pais da psiquiatria, Nise foi uma das primeiras mulheres a se formar em medicina no Brasil. Em meados de 1940, ela foi pioneira na terapia ocupacional, método que utiliza atividades recreativas no tratamento de distúrbios psíquicos. A alagoana se destacou por usar a arte como uma forma de expressão e de dar voz aos conflitos internos vivenciados principalmente pelos esquizofrênicos, que tiveram suas obras expostas ao redor do mundo.

A revolucionária frequentava grupos marxistas e ficou presa por dois anos acusada de envolvimento com o comunismo. Afastada da psiquiatria, ela continuou seus estudos enquanto estava no presídio Frei Caneca. Para Mariana Sgarioni, jornalista e pesquisadora, Nise da Silveira continua atual por ter quebrado paradigmas muito à frente de seu tempo. "O legado dela como mulher, estudiosa e médica, a gente colhe até hoje. Exemplo disso é o Movimento Antimanicomial, que começou com ela. Nise era incômoda, isso incomodava muita gente, por isso que ela acaba presa e, logo depois da prisão, ela ficou meio escondida e viveu na clandestinidade durante muito tempo."

De Nise da Silveira, muitos movimentos, exposições, filmes e ocupações surgiram na resistência contra os manicômios. Um deles é a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila), que luta contra o aprisionamento e exclusão dos chamados loucos, como destaca Beatriz Viana, integrante da organização. "A Renila está com uma lema levantando a bandeira de que a democracia é antimanicomial. Não existe um modelo antimanicomial em uma situação que não seja a democrática. A luta é não só pela

destruição dos manicômios com muros, mas da cultura manicomial, para romper o estigma que o louco tem na sociedade."

Em 1956, Nise fundou a Casa das Palmeiras, um passo na direção da luta contra os hospícios, que chegaria a seu ápice com a Lei Antimanicomial, de 2001. Do esforço da psiquiatra e de seus pacientes foi criado o Museu do Inconsciente, aberto até hoje no Rio de Janeiro junto ao Instituto Municipal Nise da Silveira, atual nome do Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro, onde a médica construiu seu projeto.

Gonzaga Leal conta que Nise era muito ligada ao sagrado e tinha consciência plena da finitude do ser humano. Ele lembra que a amiga queria passar os últimos dias de vida em um mosteiro. "Por ela ser uma defensora dos animais e um amor profundo pelos gatos, ela dizia sempre que queria morrer como um gato, que se recolhe e morre sozinho."

Em 15 de fevereiro deste ano, Nise completaria 113 anos, mas a sua luta reflete os avanços que a psiquiatria já alcançou e o caminho que ainda precisa trilhar. Nise da Silveira é mais do que atual, é sinônimo de resistência atemporal e expansão do pensamento, como destaca o amigo. "A Nise é uma das grandes brasileiras, ela continua vivíssima e acho que temos muitas provas da existência dela."



Para conhecer um pouco mais sobre a psiquiatra alagoana, assista ao filme *Nise - O coração da Loucura*, lançado em 2016 e dirigido por Roberto Berliner.



CLIQUE NA IMAGEM E VEJA O VÍDEO



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

9



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

10

PSIQUIATRIA NO BRASIL NO INICIO DO SÉCULO XXI

A portaria 106/2000 criou as residências terapêuticas. A lei 10.216 regulamenta a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A portaria 336/2002 de acordo com a necessidade de ampliação nos serviços instituiu os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad possibilitando o crescimento da rede substitutiva.

Em 2003 a lei 10.708 criou o auxílio reabilitação para o paciente para pacientes com transtornos mentais egressos de internações como o Programa de Volta para Casa. Em 2005 a lei 16.12 preconizou a criação de leitos em hospitais gerais, passada a crise os usuários deveriam ser assistidos na rede de saúde local sob responsabilidade dos CAPS.

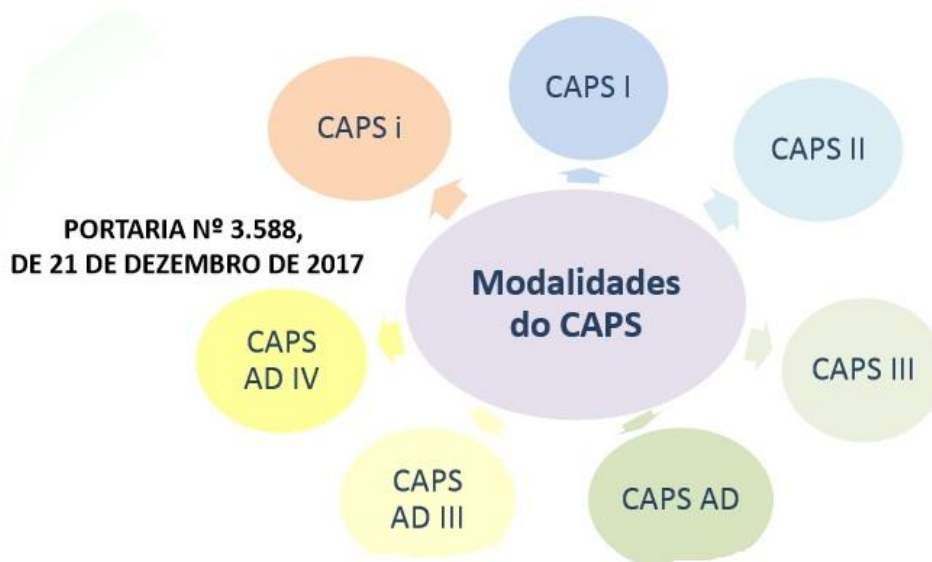
Em 2009 o Brasil tinha 57% da cobertura em saúde mental, possui 1.394 CAPS, 533 residenciais terapêuticos, 208 hospitais psiquiátricos e 35.426 leitos pelos SUS.

Política Nacional de Atenção Psicossocial

Essa política surgiu com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção a saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo da rede de atenção psicossocial é ampliar o acesso, promover o acesso, promover a reabilitação, diminuir o risco de vulneráveis, garantir a articulação e integração. Os componentes da rede de atenção psicossocial são: Atenção básica em saúde, atenção psicossocial – CAPS e equipe multiprofissional, atenção de urgência e emergência- SAMU e UPA, atenção residencial, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial.

CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõem a rede de atenção psicossocial constituído por equipe multiprofissional que atua sob ótica interdisciplinar. As atividades realizadas são em espaços coletivos, de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.



Tipos de CAPS

CAPS I atende pessoas de todas as faixas etárias, prioritariamente com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e recorrentes. Portadores de distúrbios relacionados a uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem de estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população maior que quinze mil habitantes.

CAPS II atende prioritariamente pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes relacionados a uso abusivo de substâncias

psicoativas e outras situações que impossibilitem viver laços familiares e relações interpessoais. Indicado para municípios ou regiões com mais de setenta mil habitantes.

CAPS III atende prioritariamente pessoas com intenso sofrimento físico ou psíquicos em uso de substâncias psicoativas ou em risco social. Proporciona serviços de atenção contínua com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental inclusive CAPS AD. Indicado para municípios com mais de 150 mil habitantes.

CAPS AD atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento por uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios com mais de 70 mil habitantes.

CAPS AD III atende pessoas de todas as faixas etária acometidas por intenso sofrimento decorrente do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Oferece serviço de atenção contínua com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicada em municípios ou regiões com mais de 150 mil habitantes.

CAPS i atende crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes relacionado ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios com mais de 70 mil habitantes.

CAPS AD IV atende adultos, crianças e adolescentes com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Oferece serviços de atenção contínua com funcionamento de 24 horas incluindo feriados e finais de semana e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leito de observação. Indicado para municípios ou regiões com população maior que 500 mil habitantes e capitais de estado.

TESTANDO UM, DOIS, TRÊS!

01. (CESPE- 2014) O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), que é referência em tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e ou persistentes, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas. Assinale a alternativa incorreta a respeito do CAPS:

- O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários
- Os CAPS tem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território.
- É um serviço de atendimento de saúde mental criado para acontecer de forma simultânea às internações em hospitais psiquiátricos.
- Os CAPS visam prestar atendimento em regime de atenção diária.
- Podem existir nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPS i.

02. (TRE/ CE- 2015) Um dos programas que compõe a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde é o Programa Residências Terapêuticas. São características deste programa, com exceção de:

- Caracteriza-se como central no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.
- O suporte de caráter interdisciplinar deverá considerar apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores.
- Tem como um de seus objetivos alocar em casas, pessoas com transtornos mentais que são impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.
- Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território.
- Trata-se de casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves.

03. (SES-PR 2016) Os dispositivos públicos que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitando a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais são os (as):

- Programa de Volta pra Casa.
- Residências Terapêuticas.
- Centros de convivência e cultura.
- Hospitais-dia de Psiquiatria.

04. (EBSERH 2016) A criação do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscava a melhoria da assistência no Brasil. Sobre o CAPS e seus desdobramentos, assinale a alternativa correta.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000



RUA ALBERTO MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

12

a) O surgimento do CAPS no Brasil data de meados do século XIX como uma tentativa de rever a doença mental.

b) O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social de seus usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

c) Os termos CAPS e Luta Antimanicomial não possuem relação por tratarem de objetivos distintos.

d) O SUS oferece cinco tipos de Centro de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPSII, CAPS III, CAPSi e CAPSad. É necessário que a cidade que ofereça esse tipo de recurso seja composta pelos cinco CAPS, já que eles significam etapas do tratamento.

e) O maior número de profissionais atuando nos CAPS atualmente são os psicólogos, por serem os profissionais adequados ao atendimento desse público que apresenta intenso sofrimento psíquico, impossibilidade de viver e realizar seus projetos de vida.

Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência

SAMU 192

Sala de Estabilização

UPA 24 horas

Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro

Unidades Básicas de Saúde

Os pontos de atenção e urgência e emergência são responsáveis em seu âmbito de atuação pelo acolhimento, classificação de risco, e cuidados nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A equipe multiprofissional atende de forma especializada integrando os demais serviços das redes de atenção a saúde amparada na lei 10.216 de 2001.

Equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental

TRÊS TIPOS:

Equipe tipo 1

Equipe tipo 2

Equipe tipo 3

COMPOSIÇÃO DA EMAE EM SAÚDE MENTAL

Equipe tipo 1

- 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais)
- 1 (um) psicólogo (30 horas semanais)
- 1 (um) assistente social (30 horas semanais)

Equipe tipo 2

- 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais)
- 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais)
- 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais)

Equipe tipo 3

- 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais)
- 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais)
- 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais)
- 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).

Competências da Equipe Multiprofissional de Atenção especializada em Saúde Mental

Ampliar o acesso, a assistência em todas as faixas etárias e transtornos de humor, prestar assistência multiprofissional a pessoas encaminhados pela atenção básica, constituir assistência regional para ambulatorial, trabalhar de maneira integrada com outros serviços do SUS e estabelecer articulação para garantir cidadania.

Residências terapêuticas

São moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos ou de custódia. Destinado a pessoas que não possuem suporte financeiro, social ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção. O objetivo das residências terapêuticas é ofertar um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial, o resgate da cidadania, promovendo laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

Tipos de serviços de Residenciais terapêuticos

SRT tipo I moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com internação de longa permanência que não possuem vínculos sociais e familiares. Criação de espaço de reconstrução de autonomia para a retomada da vida cotidiana e reinserção social. Deve acolher no máximo 10 moradores, não podendo exceder essa quantidade.

SRT tipo II modalidade destinada a pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Deve acolher no máximo 10 moradores, não podendo exceder esse número.

Programa de volta para casa

Política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização. Provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.



RUA ALBERTO MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

13



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

14

TRANSTORNOS MENTAIS

São condições de anormalidade sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva. Representa um significativo impacto na vida do paciente, causando desconforto emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento da memória.



TIPOS DE TRANSTORNOS

TRANSTORNO DA ANSIEDADE GENERALIZADA

O indivíduo apresenta preocupação excessiva ou expectativa apreensiva. As preocupações parecem passar de um problema para outro: questões familiares, amorosas, relacionadas ao trabalho, saúde ou outras. Dentre os fatores que podem aumentar o transtorno da ansiedade generalizada estão: gênero, trauma de infância, doenças concomitantes, personalidade, genética, abuso de substâncias. Tratamento se dá através do uso de antidepressivos e terapia comportamental.

SINTOMAS DO TAG



Preocupação excessiva e descontrolada sobre acontecimentos futuros



Tensão muscular frequente (principalmente nos ombros)



Aumento considerável de irritabilidade e impaciência



Dificuldades persistentes em concentração, foco e memória



Piora no padrão do sono e apetite, fadiga crônica

** Sintomas apontados pelos psicólogos Anelise Coutinho e Bernardo Dewes.*

Preocupação "normal"	Transtorno de Ansiedade Generalizada
<ul style="list-style-type: none"> • A sua preocupação não interfere com as suas atividades diárias e responsabilidades. • Você é capaz de controlar a sua preocupação. • As suas preocupações, mesmo sendo desagradáveis, não causam sofrimento significativo. • As suas preocupações são limitadas a um número específico de pequenas preocupações realistas. • A duração da sua preocupação duram apenas um curto período de tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • A sua preocupação interfere significativamente no seu trabalho, atividades ou vida social. • A sua preocupação é incontrolável. • As suas preocupações são extremamente perturbadoras e stressantes. • Você preocupa-se com todos os tipos de coisas, e tende a esperar o pior. • Você tem tido preocupações quase todos os dias por pelo menos seis meses.



RUA ALBERTO MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

15

SÍNDROME DO PÂNICO

São crises onde o indivíduo apresenta de forma inesperada desespero, medo intenso que algo ruim aconteça, mesmo que não haja motivo algum. Geralmente se manifesta entre a fase final da adolescência ou início da idade adulta. Acomete mais mulheres do que homem e o paciente apresenta sofrimento em dois momentos distintos: na crise e no intervalo entre elas. Os ataques têm início abrupto sem aviso algum ou em qualquer período do dia. Dentre os fatores que podem desencadear as crises estão: genética, estresse, personalidade forte e suscetível ao estresse. Tratamento: psicoterapia e medicamentos. Os sintomas podem simular infarto agudo, são: taquicardia, sudorese, dispneia, tremor, fraqueza nas pernas, ondas de frio ou calor, sensação de perda de controle ou tontura.

A frequência e a gravidade das crises variam, alguns pacientes apresentam crises moderadas uma vez por semana), outros apresentam surtos mais breves (diariamente em uma semana), separados por meses ou ataques menos frequentes. As complicações mais comuns da síndrome do pânico são a agorafobia que é um medo excessivo onde o indivíduo não consegue sair de casa. Essa complicação pode ocorrer mais tardiamente aos 30 ou 40 anos de idade, sendo mais prevalente em mulheres.

Sintomas do Ataque de Pânico



Falta de ar



Suor frio



Formigamento



Zumbido no ouvido



Tontura e fraqueza



Palpitações e dor no peito



Dor no estômago



Vontade de ir ao banheiro



RUA ALBERTO MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

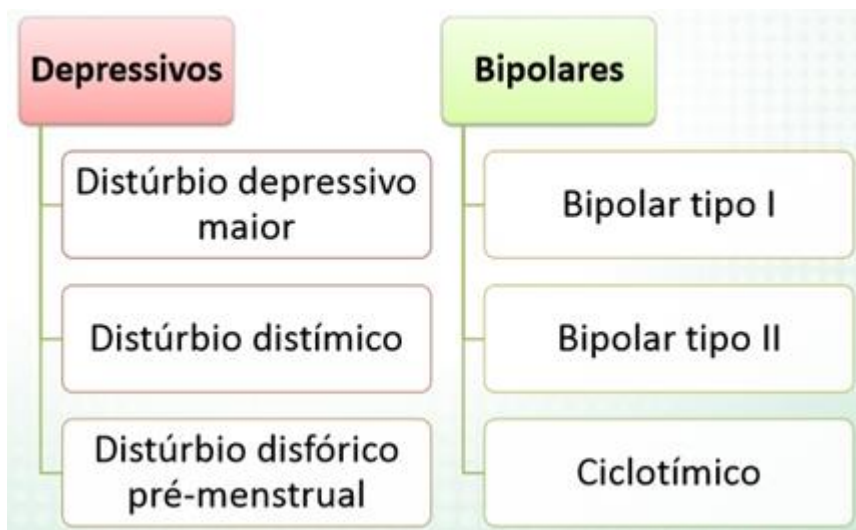


TRANSTORNO AFETIVO COMPULSIVO

Esse transtorno é caracterizado por obsessões ou compulsões. As obsessões podem gerar ansiedade de pensamento, impulsos ou até imagens intrusivas e recorrentes. As compulsões são atos mentais repetitivos. As obsessões causam desconforto emocional, não são prazerosos e sempre são excessivos e irracionais. Dentre alguns conteúdos de obsessões são: contaminação, acidentes, dúvidas de doenças, perda de pessoas significativas e agressividade. As compulsões mais frequentes são: lavar as mãos até sangrar, conferir se o botijão está desligado ou carro fechado, rezar repetitivamente, contar e outros. A maioria dos pacientes só procura ajuda quando os sintomas estão exacerbados. O tratamento é a psicoterapia e farmacológico, onde são usados medicamentos como: clomipramina, sertralina, paroxetina e fluoxetina (inibidores da recapitação de serotonina).

TRANSTORNOS DO HUMOR OU AFETIVOS

São caracterizados por dois tipos de distúrbios: os depressivos e os bipolares. Dentre os transtornos depressivos estão: o Transtorno depressivo maior, distúrbio distímico e distúrbio disfórico pré menstrual. Dentre os transtornos bipolares está o Transtorno Afetivo Bipolar tipo I, tipo II e ciclotímico.



TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Caracterizado por humor deprimido ou perda do interesse nas atividades cotidianas. O paciente não apresenta histórico de episódio maníaco. Relatórios da Organização Mundial da Saúde apontam quem em 2020 a depressão será a segunda maior causa de doenças. Perdendo apenas para as cardíacas.

A depressão envolve um alto grau de incapacidade causando sérios danos físicos, psicológicos, de saúde, sociais e financeiros. O transtorno depressivo maior é caracterizado por um ou mais casos de história de episódios maníacos, hipomaníacos e mistos. Os sintomas ocorrem ao longo de dias ou semanas e a duração varia de 6 a 13 meses. O episódio pode ser leve, moderado ou grave. A etiologia (causa) é multifatorial genético,

fatores sociais, perdas entes queridos. O tratamento é psicológico e medicamentoso. Os dois principais grupos de fármacos, os antidepressivos tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs), são igualmente eficazes como tratamento de primeira linha. Dentre os inibidores da recaptação de serotonina estão: fluoxetina, sertralina e paroxetina. Dentre os antidepressivos tricíclicos está a clomipramina.

TESTANDO UM, DOIS, TRÊS!

- 01. (Prefeitura de Campinas – SP 2104)** A depressão maior:
- Deve ser tratada sem o uso de medicamentos.
 - Está associada a um risco aumentado de suicídio.
 - Requer sempre o uso de neurolépticos.
 - Deve ser sempre considerada como sintoma de um transtorno de personalidade grave.
- 02. (Prefeitura Cipotânea – MG 2014)** É considerado sintoma da depressão:
- Alteração no apetite.
 - Elação.
 - Perda ou diminuição da capacidade de expressar emoções.
 - Preocupações, tensões ou medos exagerados.
- 03. (MPE- PE 2016)** A depressão mais comumente diagnosticada e mais grave é chamada:
- Quadro de anedonia intensa.
 - Episódio desestruturante global.
 - Depressão acentuada.
 - Depressão endógena e exógena.
 - Episódio depressivo maior.

Transtorno Afetivo bipolar

Transtorno de intenso sofrimento psíquico caracterizado pela presença de episódios depressivos, maníacos e períodos de normalidade. É um transtorno incapacitante. Pessoas com esse transtorno apresentam maior risco de abuso ou dependência de substâncias químicas e apresentam alto risco de morte por evento cardíaco.



Tipos de Transtorno Bipolar

Pessoas com transtorno bipolar apresentam risco elevado de suicídios. Para o critério diagnóstico o indivíduo apresenta: período distinto de humor elevado ou irritado ao extremo com duração mínima de uma semana. Durante o período de alteração do humor três ou mais desses sintomas deve persistir: autoestima excessivamente elevada, redução do sono, pressão de fala, fuga das ideias, distração, agitação psicomotora e envolvimento excessivo em atividades prazerosas. Com crise de longa duração a complicação é a evolução da disartria ataxia, tremores, confusão mental, sonolência, convulsões e morte. O Tratamento é a psicoterapia e o farmacológico é o lítio como droga de escolha. Cuidado com o uso de lítio pois a dose terapêutica é próxima a dose tóxica.

TESTANDO UM, DOIS, TRÊS!

- 01. (CESPE- DPU -2010)** Os pacientes bipolares:
- O tipo bipolar I podem apresentar sintomas psicóticos.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

17



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

18

- b) Têm seu diagnóstico confundido mais com transtornos dissociativos que com transtorno depressivo maior.
c) Não são tratáveis com psicoterapia.
d) Apresentam os sintomas somente na idade adulta.
e) Têm, na psicoeducação, a forma mais adequada de tratamento.

02. (CETRO – 2013) Assinale a alternativa que apresenta o transtorno mental caracterizado pela alternância entre mania e depressão.

- a) Transtorno afetivo bipolar.
b) Transtorno obsessivo compulsivo.
c) Transtorno do pânico.
d) Transtorno de conduta.

03. (EBSERH- 2015) Sobre o Transtorno Bipolar Tipo II, é correto afirmar que:

- a) A presença de um episódio maníaco durante o curso da doença exclui o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo II.
b) Um episódio hipomaníaco tem a duração de 2 a 4 dias.
c) Pessoas com Transtorno Bipolar Tipo II normalmente se apresentam ao clínico durante um episódio de hipomania, sendo improvável que se queixem inicialmente de sintomas depressivos.
d) A idade média de início situa-se por volta dos 40 anos, o que é um pouco mais cedo em comparação ao Transtorno Bipolar Tipo I e mais tarde em comparação ao Transtorno Depressivo Maior.
e) O risco de suicídio para pessoas com Transtorno Bipolar Tipo II é baixo, sendo menor, inclusive, do que na população geral.

ESQUIZOFRENIA

O que é?
A esquizofrenia é uma doença mental grave e crônica, que se enquadra no grupo das psicoses

Sintomas
Caracteriza-se pela perda do contato com a realidade, delírios, alucinações e falta de controle sobre os pensamentos. Os primeiros sintomas começam a aparecer entre os 15 e 25 anos e são mais comuns em homens

Diagnóstico
Não envolve exames e é eminentemente clínico, por meio de uma entrevista psiquiátrica

Incidência
Atinge de **0,8% a 1,2%** da população mundial, o que no Brasil significa cerca de **2 milhões de pessoas**

Tratamento
Quanto mais precocemente começar o tratamento com antipsicóticos, melhor. Geralmente é feito uso de medicação contínua

Esquizofrenia

É um dos principais problemas de saúde pública na atualidade, exigindo investimento financeiro elevado do SUS e causando intenso sofrimento para o paciente e sua família. O ideal é que durante o primeiro episódio já seja iniciado o tratamento, dessa forma quanto mais tempo levar maior será o tratamento. A esquizofrenia é uma doença de personalidade total que afeta a zona central do eu e que altera toda a estrutura vivencial.

O portador de esquizofrenia culturalmente carrega o estereótipo de louco, um indivíduo que causa estranheza social e se distancia da realidade. O diagnóstico ocorre através da história psiquiátrica e exame do estado mental. É raro manifestar-se antes dos 10 anos e após os 50 anos. Os sintomas no sexo masculino costumam aparecer entre os 20 e 25 anos já, em mulheres são mais comuns por volta dos 30 anos de idade.

Os sintomas característicos da esquizofrenia são agrupados em dois grupos: sintomas positivos: são mais exuberantes, alucinações auditivas, visuais, delírios, incoerência, pensamento desorganizado, agitação psicomotora, negligência consigo mesmo e comportamento bizarro. Os sintomas negativos: pobreza no conteúdo do pensamento e da fala. São: embotamento ou rigidez afetiva, incapacidade de sentir emoções e prazer, isolamento social, diminuição da iniciativa e vontade.

Esquizofrenia

Delírios

- Crenças em fatos irreais que não possuem base alguma na realidade
- Alguns delírios incluem ideias de que algumas partes do corpo não estão em pleno funcionamento

Alucinações

- Envolvem ver ou ouvir coisas que não existem
- Podem estar em qualquer um dos sentidos

Pensamento desorganizado

- Pode ser refletido na fala, que também sai desorganizada e com pouco ou nenhum nexos
- As respostas às perguntas feitas podem ser parcial ou completamente alheias e desconexas

Habilidade motora desorganizada ou anormal

- Comportamento motor anormal
- Resistência a instruções, postura inadequada e bizarra ou uma série de movimentos inúteis e excessivos

Sintomas negativos

- Embotamento afetivo, alogia, apatia, anedonia e isolamento social

Esquizofrenia

Embotamento afetivo → tônus emocional fraco

Alogia → pobreza da fala

Anedonia → incapacidade de vivenciar ou imaginar atividades prazerosas

Volição → capacidade de iniciar atividades dirigidas a um objeto

Ecolalia → repetir palavras ouvidas

Ecopraxia → imitar deliberadamente movimentos executados por outros



RUA ALBERTO MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

19



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

20



Etiologia (causa) da esquizofrenia

Alguns estudos demonstram que essa patologia apresenta fatores genéticos, hipótese neurobiológica que envolve os neurotransmissores como a dopamina, noradrenalina, serotina, glutamato e GABA. O teoria dos neurotransmissores envolve disfunção da neurotransmissão pelo receptor N-metilD- aspartato. A teoria dos estudos funcionais e metabólicos relata a incapacidade dos esquizofrênicos de aumentar o fluxo sanguíneo para os lobos frontais. Estudos eletrofisiológicos mostra a sobrecarga de informação e a incapacidade dos estímulos cerebrais serem separados em relevantes e irrelevantes.

TESTANDO UM, DOIS, TRÊS!

01. (TRT BAHIA – 2014) Na esquizofrenia:

A idade de início apresenta um primeiro pico de incidência aos 25 anos com predominância de homens e um segundo a partir dos 45 anos com predominância de mulheres.

- Em adultos pode ser observado alargamento ventricular, mas em crianças e adolescentes com este diagnóstico não se observa esta alteração em exames de neuroimagem.
- Com início na infância, os sintomas mais frequentes são os delírios.
- Os pacientes respondedores parciais a clozapina são chamados de refratários.
- Os antipsicóticos de segunda geração, devido aos seus efeitos colaterais metabólicos, não são uma boa opção para o tratamento.

02. (TRF- 2018) A esquizofrenia é classificada em:

- Catatônica, simples e residual.
- Catatônica, paranóide e indiferenciada.
- Hebefrênica, residual e paranóide.
- Hebefrênica, simples e catatônica.
- Indiferenciada, hebefrênica e residual.

03. (EBSERH- 2015) Um dos objetivos da fase aguda da esquizofrenia, seria:

- Efetuar um retorno rápido ao melhor nível de funcionamento.
- Atender os familiares e orientar a buscar o posto de saúde mais próximo.
- Orientar os filhos de pacientes esquizofrênicos sobre o risco da transmissão genética da doença.
- Sugerir um telefone para ajuda em casos de agressividade.
- Indicar terapia psicanalítica para tratamentos dos conflitos edipianos na fase oral do desenvolvimento, ao longo do ciclo da vida.

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE



A personalidade é definida conjunto estável e previsível dos traços emocionais que caracterizam uma pessoa em suas atividades cotidianas, indica um grupo de estratégias utilizados pelo indivíduo para enfrentar situações de vida e a forma com que a pessoa se relaciona entre si, os outros e o mundo. O transtorno de personalidade também conhecido como sociopatia ou psicopatia é evidenciado quando um indivíduo não demonstra adaptação, limitação a respostas ou desajuste no padrão convencional de comportamento. Alguns comportamentos indicam esse distúrbio, são: isolamento, desconfiança, indiferença afetiva, excentricidade, crenças estranhas, desrespeito, falta de remorso, teatralidade, sedução, arrogância, baixa autoestima, autodestruição e preocupações excessivas com abandono.

Os transtornos de personalidade são classificados em: paranoide esquizoide, esquizotípica, antissocial, borderline e narcisista.

Transtorno de personalidade paranoide

O indivíduo apresenta desconfiança excessiva, dúvidas e suspeitas quanto a lealdade e fidelidade de amigos e parceiros. Tem tendência a se envolver em disputas legais, interpretar as ações dos outros como ameaçadoras, fanatismo e propagar medo nos outros. As principais comorbidades desse transtorno são: risco aumentado para a depressão, transtorno obsessivo compulsivo, agorafobia e abuso de substâncias.

Transtorno de personalidade esquizoide

Caracterizada por um padrão de distanciamento social e de relacionamentos, preferência por atividades solitárias, ausência de desejo ou prazer em amizades ou atividades sexuais. O indivíduo mostra ainda inexistência de amigos próximos, indiferença com a opinião alheia, afeto frio, achatado e passividade em situações adversas.

Transtorno de personalidade esquizotípica

Se caracteriza por desconforto agudo em relacionamentos íntimos, distorções cognitivas, comportamento excêntrico, crenças estranhas, pensamentos mágicos, superstições e misticismo. Pode se manifestar em pessoas narcisistas e borderline onde, se destacam a teatralidade e impulsividade. Busca novidades, desconsidera e viola o direito dos outros.

Transtorno de Personalidade Antissocial

Apresenta baixa tolerância as frustrações, desprezo com obrigações sociais, falta de empatia, dificuldade em aprender com experiência adquirida, baixo limiar de agressividade, conflito constante com a sociedade, culpa-se demais pelos seus atos, incapacidade de adiar prazeres,



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

21



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

22

dificuldade de planejamento futuro, irresponsabilidade, mentiras e agressões para conseguir seus objetivos. Esse distúrbio é mais comum no sexo masculino e mais incidente após os 18 anos. Os sintomas diminuem com o passar da idade. As comorbidades relacionadas a esse transtorno são: depressão, Ansiedade, abuso e dependência de substâncias.

Transtorno de Personalidade Bordeline

A pessoa portadora desse transtorno pode apresentar falta de controle, impulsividade, imprevisibilidade, sensação crônica de vazio, alterações no humor, relações interpessoais intáveis, apego, esforço para evitar o abandono, intolerância a solidão, comportamento autodestrutivo, busca intensa por companhia, episódios autodestrutivos, automutilação e raiva descontrolada quando frustrada. Os portadores se tornam agressivos e autodestruidores quando não conseguem toda a atenção de determinadas pessoas. É mais comum em mulheres.

Transtorno de Personalidade Narcisista

São características desse transtorno necessidade de admiração, exibicionismo, arrogância, falta de empatia, inveja crônica, ideias grandiosas, fantasia de sucesso e poder. O paciente costuma achar-se importante, especial e tira benefício dos outros para proveito próprio. As comorbidades são: depressão maior, abuso e dependência de substâncias químicas.

Transtornos alimentares

A conduta alimentar é motivada pelas sensações básicas de fome, sede e saciedade. Os transtornos alimentares são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica.

Anorexia nervosa

Ao contrário do que se pensa a anorexia não é uma doença da modernidade pois, desde a idade média há relatos que mulheres se impunham ao jejum como autopunição para aproximação espiritual com Deus. O termo anorexia vem do grego e significa ausência de apetite. Esse transtorno se caracteriza por uma busca deliberada da magreza, por meio de intensa restrição alimentar, comportamentos voltados ao controle de peso como excesso de exercício físico, uso de laxantes e vômitos induzidos.

Há dois tipos de anorexia nervosa: restritivo (a perda de peso é ocasionada pela ingestão limitada de alimentos) e o purgativo (a perda de peso é gerada pelo uso de laxantes ou indução a vômito). Na maioria das vezes o tamanho e a forma do corpo são percebidos de forma distorcida e o paciente se sente gordo ou acha que uma região do corpo está gorda. A negação da gravidade do estado físico é sinal da presença de anorexia, o indivíduo põe em risco sua própria vida. O aspecto cadavérico, pele ressecada e pálida, queda de cabelo não mudam o que foi imposto em relação a abstinência e purgação. Dentre os riscos estão o suicídio. Os principais sinais e sintomas são: perda de tecido subcutâneo, hipotensão ortostática, bradicardia, irregularidade menstrual, queda de cabelo, hipotermia, aumento das glândulas salivares e corrosão dos dentes. A causa é multifatorial e envolve fatores genéticos, aspecto individual e social. Esse distúrbio ainda não tem um tratamento farmacológico considerado eficaz para a melhoria da psicopatologia do transtorno. Usa-se antidepressivos para controle e recaídas.

TESTANDO UM, DOIS, TRÊS!

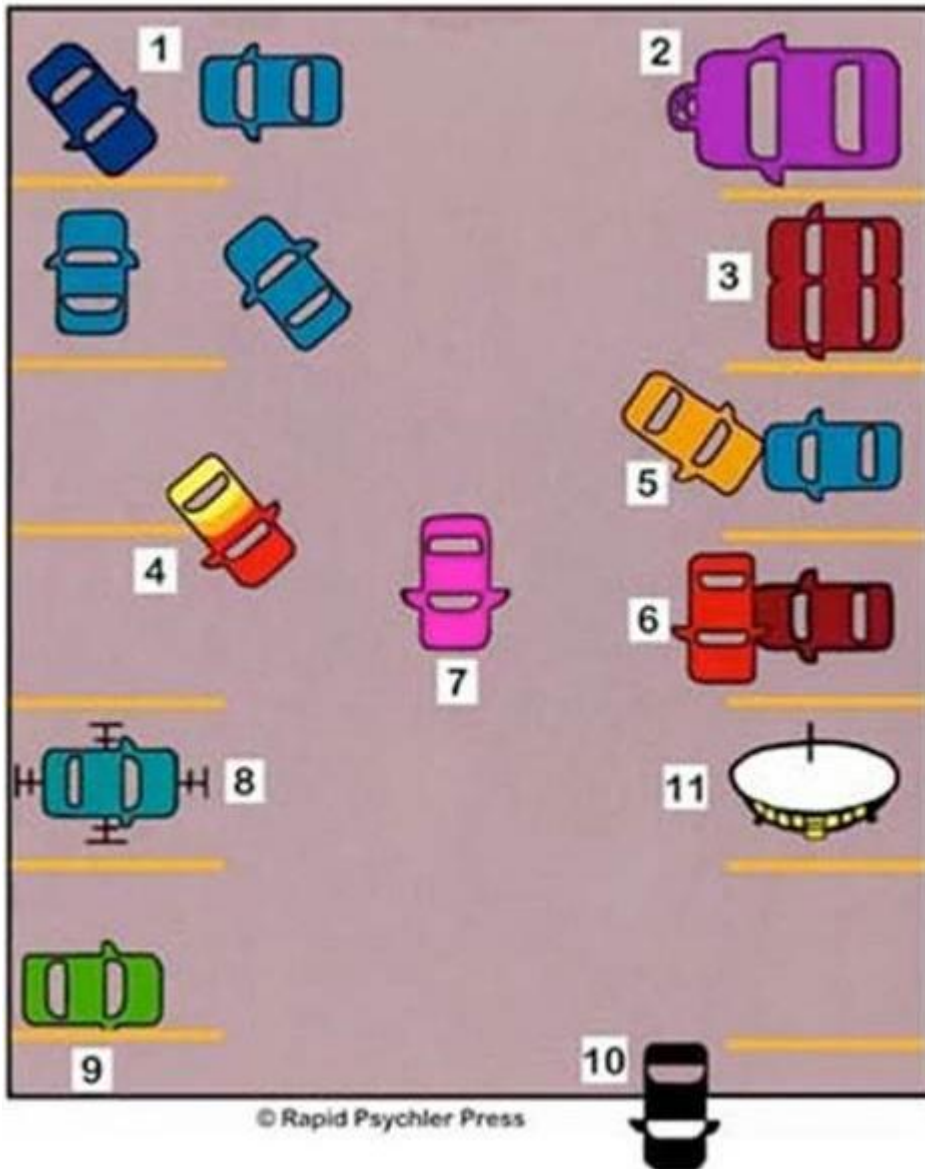
01. (TRT- 2009) A anorexia nervosa:

- Pode ser relacionada a patologias orgânicas que levem a perdas excessivas de peso, como doenças que interferem na absorção intestinal, entre elas a Doença de Crohn ou síndrome da má absorção intestinal, por exemplo.
- É uma patologia de características crônicas na qual há um desejo consciente de perder peso e pavor persistente em engordar, além de estar associada a uma distorção da imagem corporal.
- Tem proporção igual entre os sexos, sendo ligeiramente maior entre os meninos.
- Não é uma patologia de gravidade clínica ou psiquiátrica; uma vez diagnosticada e introduzida a terapêutica a tempo, apresenta recuperação bastante significativa.
- Normalmente não apresenta alterações metabólicas significativas, nem déficit de ganho pondero-estatural em mais jovens.

02. (TRE GÓIAIS 2005) Quanto à anorexia nervosa, assinale a opção correta.

- A anorexia não se adapta ao modelo de tratamento multi ou interdisciplinar porque isso implica vários profissionais propondo procedimentos para alimentar o paciente que, pela própria característica da doença, recusa esses procedimentos.
- A anorexia é diagnosticada quando a pessoa, rotineiramente e por mais de seis meses, come em excesso e em seguida engaja-se em um procedimento compensatório purgativo, como vomitar ou tomar laxantes.

- c) Fatores biológicos e socioculturais são reconhecidos como dois dos determinantes e mantenedores da anorexia nervosa.
- d) Uma das primeiras metas, para o início do tratamento da anorexia é a restauração do peso através de pelo menos uma refeição diária de alta caloria
- e) A mídia e os modelos de beleza veiculados são facilitadores do processo de recuperação do doente com anorexia.



Estacionamento dos transtornos de personalidade

- 1. PARANÓIDE: Encurralado de novo!!
- 2. NARCISISTA: o maior carro; enfeite de capô proeminente
- 3. DEPENDENTE: precisa de outros carros para se sentir protegido
- 4. PASSIVO-AGRESSIVO: estaciona ocupando duas vagas
- 5. BORDERLINE: bate no carro do ex-namorado

- 6. ANTISSOCIAL: tranca outros carros
- 7. HISTRIÔNICO: estaciona no meio para maior efeito dramático
- 8. OBSESSIVO: alinhamento perfeito na vaga
- 9. EVITATIVO: esconde-se no canto
- 10. ESQUIZÓIDE: não tolera a proximidade dos outros carros
- 11. ESQUIZOTÍPICO: estacionamento intergaláctico



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

23



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

24



Bulimia nervosa

Transtorno caracterizado por ingestão excessiva de alimentos, acompanhado de medidas purgativas. Habitualmente se inicia com uma dieta para perda de peso em consequência de extrema insatisfação com o corpo. Os portadores desse distúrbio apresentam uma série de pensamentos e emoções desadaptativas a respeito de seus hábitos alimentares e peso corporal, apresentando auto estima flutuante por horas acreditando em um corpo bem delineado resolverá sua insegurança e desenvolve dietas impossíveis de seguir. Procuram sanar um problema emocional adotando estratégias de emagrecimento.

Os sinais e sintomas comuns são: fadiga, epigastralgia, diarreia, desidratação, obstipação intestinal, irregularidade menstrual, sudorese, taquicardia, sonolência, irritabilidade, desgaste do esmalte dentário e sinal de Russel. Acomete prioritariamente indivíduos da raça branca. Existem associações da bulimia com a baixa autoestima desde a infância.

O episódio bulímico refere-se a ingestão exagerada de alimentos, comportamento que pode ocorrer em pessoas normais. Nos episódios compulsivos de alimentar-se os portadores optam por alimentos fáceis de engolir e regurgitar, geralmente altamente calóricos como bolo, pizza, sorvetes, mousses, chocolates. É comum a alcalose e a hipocalcemia secundária a vômitos ou abuso de diuréticos. Em comparação aos portadores de anorexia os acometidos por bulimia buscam mais os serviços de saúde de forma espontânea. As comorbidades psiquiátricas assim recentes são: borderline e personalidade narcisista.

TESTANDO UM, DOIS, TRÊS!

01. (UFPE- 2015) No diagnóstico da "bulimia nervosa", é correto afirmar que:

- A função da tireoide está comprometida na maioria dos casos.
- A maioria dos pacientes apresenta perda de peso autoinfligida.
- A bulimia responde pela maior taxa de mortalidade entre os transtornos psiquiátricos.
- O diagnóstico não pode ser feito se os comportamentos de compulsão alimentar e purgação ocorrem exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.
- À semelhança da anorexia nervosa, coexiste o medo de engordar, o desejo de emagrecer e a busca de ideais de beleza cada vez mais magros.

02. (Prefeitura de Itaqui- PE/ 2015) O Sinal de Russel é mais comum na:

- Tuberculose.
- Anorexia.
- Pneumonia.
- Puberdade.
- Bulimia.

Transtorno da compulsão alimentar periódica

É definido como crises bulímicas recorrentes na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados característicos da bulimia nervosa. Caracterizado por compulsão alimentar em curto período de tempo, seguida de angústia por essa atitude e ausência de comportamentos regulares voltados para a eliminação do

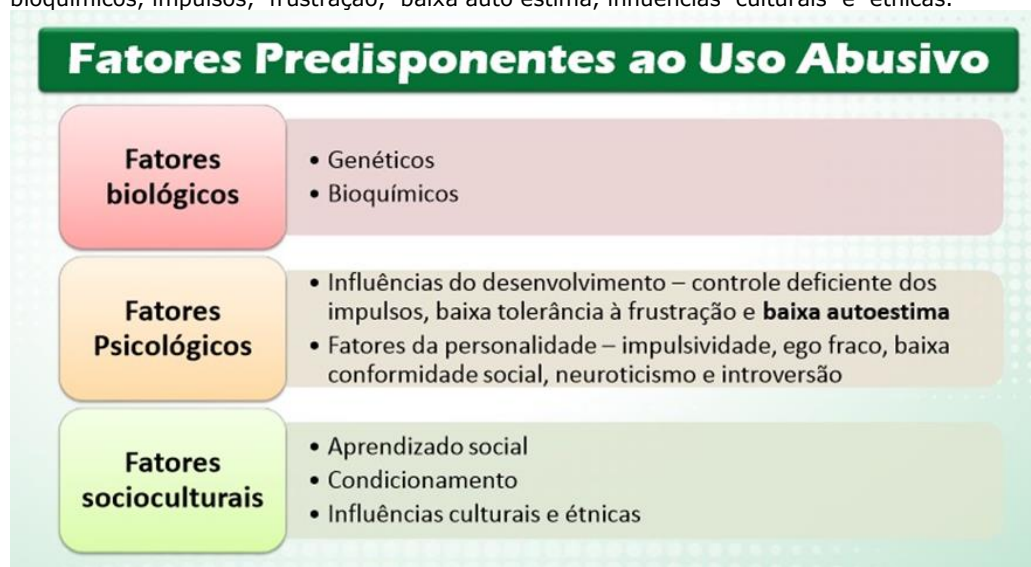
excesso alimentar. Para caracterizar o diagnóstico esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias na semana por período de 6 meses. É mais comum em indivíduos obesos sendo mais comum nos estados Unidos.

As características mais comuns são ingesta alimentar rápida durante o episódio de compulsão até sentirem-se saciados, ingerem grandes quantidades de alimentos mesmo sem fome e alimentação solitária por vergonha.

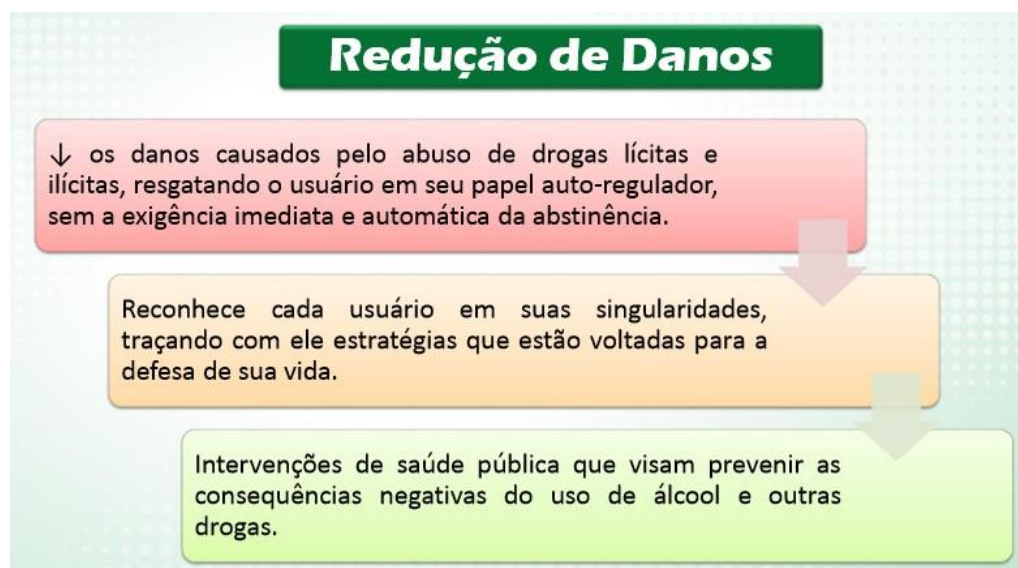
As complicações clínicas mais comuns são: diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, litíase biliar e cardiopatias. O tratamento é psicoterápico e farmacológico com uso dos inibidores da recaptação de serotonina. Usa-se o topiramato como tratamento mais recente.

Álcool e outras drogas

O ministério da saúde criou em 2002 o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de álcool e outras drogas. O objetivo desse programa foi traçar uma estratégia para ampliar o acesso, o tratamento, a compreensão integral, a dinâmica do problema, promoção dos direitos e a redução de danos. Para o atendimento aos portadores relacionados a esse distúrbio o CAPS ad é uma importante ferramenta. Dentre os fatores que predisõem o uso abusivo de álcool e outras drogas estão: fatores genéticos, bioquímicos, impulsos, frustração, baixa auto estima, influências culturais e étnicas.



O objetivo do atendimento é prevenir os danos.



Síndrome da abstinência alcóolica

Quadro clínico e exacerbado no qual, o paciente apresenta sinais e sintomas característicos da cessação da ingesta de álcool. O indivíduo apresenta: ansiedade, tremores, medo incontrolável, irritabilidade, agitação, insônia, alucinações, ilusões transitórias, taquicardia,



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

25



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

26

pupilas dilatadas, sudorese profunda e delírio tremens (forma mais grave da síndrome da abstinência alcoólica.

Emergências psiquiátricas

A emergência psiquiátrica se caracteriza como qualquer situação clínica que ocorre alterações do estado mental que resultem riscos potenciais e significativo para o paciente e terceiros. Nesse caso se faz necessário intervenções imediatas. São emergências psiquiátricas: risco de suicídio ou homicídio, abuso de crianças, adolescentes ou idosos, abuso de drogas psicoativas, risco de exposição social ou moral grave, automutilação, déficit do juízo crítico, negligência pessoal ou incapacidade de autocuidados. A emergência psiquiátrica está respaldada em princípios bioéticos que manifestam-se por tensões entre os princípios da autonomia, da beneficência e da não maleficência. Os pacientes com transtornos mentais devem ser mantidos em sigilo embora, muitas vezes se faça necessário recorrer a ajuda de parentes ou terceiro. É muito comum em emergências psiquiátricas casos de abuso de crianças, adolescentes ou idosos, nesse caso a situação é delicada e as atitudes tomadas devem ser respaldadas no estatutos da criança, adolescente e idoso.

Em situações de emergências psiquiátricas constantemente deve-se avaliar o risco que se caracteriza como perigo real ou potencial de danos a integridade física, psíquica ou moral. Dentre os riscos que merecem intervenção imediata estão: risco de autoagressão, risco de agressão a pessoa determinada, risco de agressão pública, risco de exposição moral, financeira ou sexual e incapacidade de autocuidado.

Internação psiquiátrica

Segundo a lei federal 10.216/01 as internações hospitalares psiquiátricas são de três tipos: voluntária, involuntária e compulsória. A internação psiquiátrica voluntária valoriza a autonomia do paciente, quando este se sente em potencial de causar danos. Sempre que possível as internações psiquiátricas devem ser nesse tipo de modalidade. Para que se caracterize voluntariedade não basta assinar o documento livre e esclarecido mas, a necessidade daquela espécie de tratamento. A internação psiquiátrica involuntária se dá sem o consentimento do usuário e pedido de terceiro. O decreto federal 24.559/34 torna obrigatória o princípio para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para melhoria da assistência a saúde mental. Para se deduzir uma internação psiquiátrica involuntária deve seguir os critérios de transtorno mentais de natureza antissocial, risco de auto agressão, heteroagressão (agressão ao outro), agressão de ordem pública ou incapacidade grave de autocuidados.

A internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária ocorre quando o paciente hospitalizado voluntariamente, se opõe a continuar hospitalizado, entretanto em face da presença de riscos será mantido contra sua vontade. A internação psiquiátrica compulsória ocorre por determinação pela justiça no artigo 6º da lei 10.216/01. Existem dois tipos: de natureza criminal e de natureza civil. A primeira é típica dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e destina-se a pacientes que cometeram delitos e receberam uma medida de segurança em decorrência do qual são hospitalizados e tratados compulsoriamente. Já as internações compulsórias de natureza civil diz respeito ao descaso que a saúde pública é tratada no Brasil, pois geralmente determinações judiciais ocorrem por solicitações de familiares do paciente.

Contenção mecânica e isolamento

A contenção mecânica é o emprego de meios físicos que interfiram na liberdade de movimentos corporais do paciente com a finalidade de impedir que pratique ato violento, costuma ser implementada em pacientes que estejam em quadros de agitação psicomotora. O isolamento é a colocação e retenção de um paciente em uma sala especial com finalidade de tratar, conter e controlar condições clínicas próprias de um estado de emergência.

A contenção e o isolamento não devem ser prolongadas de forma desnecessária e devem constar no prontuário do paciente, o usuário deve ser mantido em condições humanizadas e estar sob supervisão imediata da equipe de saúde.

Alta a pedido

O paciente voluntário, sem risco, pode solicitar sua alta no momento em que bem entender, e esta deverá ser concedida. Todavia, que o paciente ou familiar solicitar a alta e houver risco iminente de morte, esta deve ser negada.

Emergências com intoxicações por psicofármacos

As duas formas mais comuns de emergência psiquiátrica são a agitação psicomotora e o comportamento autodestrutivo ou em casos extremos tentativa de suicídio. O comportamento agressivo e agitado pode ocorrer em diversos transtornos mentais,

incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos de personalidade, AVE s, epilepsia, traumatismo craniano, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, outras demências, intoxicação, abstinência de substâncias psicoativas como álcool, cocaína e anfetaminas. O comportamento agressivo pode ocorrer ainda em tireoidopatias, encefalites, meningites e hipoglicemia.

As prioridades no atendimento do paciente agitado são: observar o paciente e coletar informações ele próprio e de outras fontes (profissionais da saúde e familiares), revisar tratamentos utilizados, avaliar e tratar quadros que exijam intervenção imediata e determinar se o paciente encontra-se intoxicado ou em abstinência de uma substância psicoativa. Os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas incluem o delírio e deve sempre considerar a possibilidade de intoxicação (mais comum por álcool, benzodiazepínicos ou estimulantes. Os transtornos relacionados a uma condição clínica geral ou neuropsiquiátrica incluem: delírio, demência, trauma cranioencefálico e lesões parenquimatosas cerebrais.

Manejo clínico

O manejo dos pacientes agitados inclui: administração involuntária de medicamentos, contenção ou reclusão. No paciente cooperativa se administra medicamento por via oral, já no paciente não cooperativo a medicação parenteral e a contenção física. Durante a contenção física se faz necessário uma equipe de cinco membros treinados, algumas vezes a colocação de uma faixa torácica de material resistente que não machuque o paciente, revistar o paciente, o colocar em decúbito dorsal, monitorar níveis de consciência e parâmetros vitais. Os fármacos mais utilizados no manejo da agitação e agressividade são os antipsicóticos típicos, antipsicóticos atípicos e benzodiazepínicos.

Os antipsicóticos típicos são os medicamentos mais utilizados para tratar quadros agudos de agressividade, devido a sua ação rápida para acalmar o paciente, com destaque para o haloperidol em associação a prometazina injetável. O midazolam IM, 7,5 a 15 mg, foi mais rapidamente sedativo que a combinação de haloperidol 5-10 mg e prometazina 50 mg. A clorpromazina, antipsicótico típico de baixa potência é outra opção para acalmar pacientes agitados, sobretudo por seu perfil mais sedativo. Cuidados com o uso da clorpromazina IM, especialmente em idosos por causar hipotensão súbita.

Os antipsicóticos atípicos podem ser uma alternativa ao uso do haloperidol. Esses fármacos têm a vantagem de acarretar menor risco de efeitos adversos extrapiramidais, entretanto, têm maior custo e são indisponíveis em alguns serviços. Os mais usados são formulações IM olanzapina e ziprasidona. Os sinais vitais devem ser monitorados após o

Uso parenteral desses medicamentos.

Os benzodiazepínicos são úteis no manejo da agitação psicomotora, dentre eles o lorazepam IM, que tem rápida absorção e meia vida de 12 a 15 horas, com duração do efeito de 1 a 2 horas. Em casos refratários o uso IV de Diazepam pode ser necessário, mas, nesse caso deve-se monitorar rigorosamente os sinais vitais pois, a risco de depressão respiratória. Especificamente se a Fr estiver < 10 irpm, o uso de flumazenil é indicado.

Reações cutâneas induzidas por fármacos

Alguns pacientes apresentam reações cutâneas, dentre as apresentações estão: eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson e a necrólise epidérmica tóxica. No eritema multiforme pode haver comprometimento da mucosa com envolvimento mínimo ou até forma grave cursando com extensa necrose mucocutânea. A síndrome de Stevens – Johnson se caracteriza inicialmente por febre, mal estar e mialgia, depois erupções maculares e manchas eritematosas ou púrplicas. Os fármacos de alto risco são; carbamazepina, valproato, fenitoina, fenobarbital e lamotrigina. A necrólise epidérmica tóxica caracteriza-se por febre elevada, sinais de toxicidade sistêmica e esfoliação mucocutânea intensa. A lesão é muito dolorosa e acomete conjuntivas, orofaringe e uretra. A situação de emergência nessas reações cutâneas é a infecção devido a ruptura da barreira de proteção.

Trauma psicológico é um conceito abrangente e os eventos traumáticos no decorrer da vida, são inúmeros. Em uma realidade em que a violência é presente em várias formas, em que todos estão vulneráveis a situações de estresse grave. A partir da vivência direta ou indireta de uma situação violenta, uma pessoa pode desenvolver uma série de transtornos mentais como transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós traumático agudo e crônico, transtorno de ajustamento e quadros psicóticos reativos breves. As prioridades a serem observadas na avaliação inicial são: estabilidade clínica: se o paciente encontra-se fora de emergência, condições gerais do trauma, reação do paciente se tem ou não sintomas incapacitantes, observar alteração no nível de consciência e afastar a causa.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

27



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

28

TESTANDO UM, DOIS, TRÊS!

01. (CESPE 2015) Entende-se por internação involuntária aquela:

- Que se dá com consentimento do usuário.
- Realizada exclusivamente pela família.
- Determinada pela Justiça
- Que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro.
- realizada pela equipe médica a pedido do usuário.

02. (TRE/CE 2016) A respeito da internação compulsória para dependentes químicos, assinale a alternativa incorreta.

- Recomendações de organizações de saúde, como a OPAS/OMS - Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde orientam que as internações compulsórias para tratar a dependência química só devem ser utilizadas em circunstâncias claramente definidas como excepcionais
- Neste tipo de internação não é necessária a autorização familiar.
- A internação compulsória está prevista em Lei Federal.
- A internação compulsória é determinada por um juiz, depois de pedido formal feito por um médico.
- Este tipo de intervenção faz parte da atual política do ministério da saúde para o tratamento e prevenção da dependência química, e é consonante com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

03. (EBSERH 2015) Assinale a alternativa que expressa uma ideia correta sobre os aspectos da abordagem na emergência psiquiátrica.

- São fatores associados ao aumento do risco de violência entre pacientes com transtornos psiquiátricos: sexo feminino, idade avançada (acima de 65 anos), alto nível de instrução, empregado, com boa rede de suporte social.
- Quando se entrevista um paciente agitado ou potencialmente violento, não se deve abordar a violência diretamente. Deve-se esperar o paciente ficar mais agitado, para iniciar uma abordagem desse tema (violência).
- Uma boa técnica de contenção mecânica envolve as seguintes medidas: nunca comunicar ao paciente o que está se passando; não usar medicações até 12 horas após a contenção mecânica; deixar o paciente, após contido, em um local isolado e escuro.
- A prevenção da violência pode ser realizada pelo desenvolvimento de um sistema que inclua a educação continuada da equipe, profissionais capacitados e um local para atendimento com estrutura física bem projetada.
- O espaço físico destinado ao atendimento deve conter materiais que o médico possa usar para se defender e inibir o paciente, como bastões, armas de choque e revólveres com balas de borracha.

NÃO TEM GRAÇA!



(CLIQUE NA IMAGEM)

"Trimmmm... Trimmmm... Obrigada por ter ligado para o Instituto de Saúde Mental, a companhia mais certa para seus momentos de maior loucura... Se você é obsessivo compulsivo aperte repetidamente o número 1... Se você é co-dependente peça a alguém que aperte o número 2 por você... Se você tem múltiplas personalidades aperte 3, 4, 5 e 6... Se você é paranóico nós sabemos quem você é, o que você faz e o que quer, espere na linha enquanto rastreamos sua chamada... Se você sofre de alucinações aperte o 7 nesse telefone colorido gigante que você, e só você!, vê a sua direita... se você é esquisofrênico escute cuidadosamente e um avoz interior lhe indicará o número a pressionar... Se você é depressivo não importa que número aperte, nada vai lhe tirar de sua lamentável situação... Porém, se você votou no XXX, não tem jeito! Desligue e espere até o final de 20XX, aqui atendemos loucos e não imbecis"...

CASO CLÍNICO



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

29

DISCUTINDO NA EQUIPE UM CASO ATENDIDO

A cena a seguir é a de uma equipe de saúde em discussão de um caso em atendimento na Unidade. Participam da reunião dois médicos (um generalista e um pediatra), cinco agentes comunitárias, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e a gerente da unidade.

Agente Comunitária de Saúde 1: - Eu gostaria de discutir o caso da Dona Sebastiana.

Enfermeira: - Eu também tenho um caso para discutir que é da dona Júlia.

Agente Comunitária de Saúde 2: - Então vamos logo, porque daqui a uma hora vou sair, tenho consulta médica.

Enfermeira: - Alguém mais tem algum caso para discussão?

Médico 1: - Se a Dona Sebastiana que vai ser discutida é a mãe da Érica, eu não tenho mais nada a dizer desse caso, já fiz tudo o que podia e ela não adere ao tratamento proposto.

Gerente: - Então, vamos começar por esse, porque me parece que essa dificuldade não é somente do Dr. 1, mas de muitos daqui.

Auxiliar de enfermagem 1: - Eu mesma, quando a percebo chegando, tenho vontade de sumir.

Agente Comunitária de Saúde 1: - Ela está atravessando uma fase de vida muito dura, tem pressão alta, não toma os medicamentos, não vem aos grupos, eu canso de chamar, não participa da caminhada matinal... Mas vem sempre pra conseguir receita azul. Não sei o que fazer mais.

Médico 1: - Esse caso não tem solução. Acho perda de tempo. Não podemos descadastrá-la da Unidade?

Auxiliar de enfermagem 2: - Lá no meu outro trabalho é assim: paciente que não aceita tratamento é dado alta.

Médico 2: - Como é a vida dessa mulher?

Agente Comunitária de Saúde 3: - É aquela, da casa cor-de-rosa?

Atende Comunitária de Saúde 1: - É, mas ela mora com a filha Érica, é viúva há 3 anos e recebe uma pensão de 1 salário mínimo. Contam que era muito alegre quando a filha morava lá, mas estava casada e ficava com os dois netos. Agora a filha se separou e a guarda das crianças ficou com o pai. A casa se esvaziou de um tempo para cá.

Médico 2: - Mas por que ela causa tanto desconforto na equipe?

Auxiliar de enfermagem 2: - Ela é aquela pessoa chata, sabe? Quer tudo na hora, vem aqui na recepção e pergunta: - Tem consulta para hoje? Se você pergunta: - É para a senhora? Ela já responde: - Já vi que vai me enrolar... Não é mesmo, auxiliar 1?

Auxiliar de enfermagem 1: - Não! Sabe, tenho outra ideia sobre ela. É daquelas pessoas que participam, já foi da associação de moradores. Agora, anda revoltada da vida.

Enfermeira: - É, mas revolta é problema de saúde? Que temos com isso?

Agente Comunitária de Saúde 3: - Acho que tenho uma sugestão...

Agente Comunitária de Saúde 4: - Ah! Lembrei. É hoje que vamos refazer o mapa da sala 4?

Gerente: - Gente, vamos ver isso depois. Vamos voltar ao caso.

Agente Comunitária de Saúde 3: - Queria fazer uma sugestão...

Enfermeira: - Sabe, acho que tem coisas que precisávamos ter um psiquiatra aqui, já dar tratamento de uma vez. O que nós podemos fazer nesse caso? Não vejo nada.

Agente Comunitária de Saúde 1: - Então, que que eu faço? Se vocês que estudaram não sabem....

Agente Comunitária de Saúde 2: - Quem tem de falar ao do caso são os doutores! Eles têm as respostas disso daí.

Enfermeira: - Eu discordo! Como enfermeira, tenho meu valor.

Agente Comunitária de Saúde 2: -Não, você também tem estudo, quis dizer que eles sabem mais desses casos.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

30

Enfermeira: - Não concordo de novo!

Agente Comunitária de Saúde 2: - Deixa pra lá...

Agente Comunitária de Saúde 5: - Só pra dar um aviso: o ônibus mudou o trajeto e também os horários.

Agente Comunitária de Saúde 2: - Gente, preciso ir. Até à tarde.

Médico 2 (dirige-se ao médico 1): - Qual é o problema ao seu ver?

Médico 1: - Ela vem com a PA toda descontrolada, mente que está tomando o remédio, no começo, eu modificava a prescrição, agora não sei mais o que fazer.

Médico 2: - Experimenta antes de atendê-la se acalmar e não iniciar a consulta você falando. Deixa ela falar.

Médico 1: - E eu faço o que? Os pacientes já entram esperando eu dizer o que devem fazer. Perguntam "É aí, Doutor, o Sr. Não vai abaixar minha pressão?"

Médico 2: - Procure esperar um tempo e deixar que ela fale sobre si, sobre o que pensa que acontece com a pressão dela, com ela.

Enfermeira: - Sabe, que isso aí é interessante, porque a gente pensa que o paciente não sabe da vida dele e se surpreende.

Auxiliar de enfermagem 1: - É, lembra da Dona Joaquina, ela chegou a conclusão de que estava querendo ficar doente porque assim tinha atenção dos filhos. Agora se cuida, emagreceu, vai ao salão de beleza... a pressão está super boa.

Gerente: - Acho interessante isso não só para o Dr. 1, mas para todos daqui: para quem visita, quem recebe na recepção... Vamos procurar... (é interrompido).

Auxiliar de enfermagem 2: - A gente aqui é muito bonzinho, esses pacientes ficam mal acostumados...

Médico 1: - Vou tentar, mas não sei se isso vai dar certo... (dirige-se ao médico 2) Até porque você pode conversar assim com seus pacientes porque sua agenda aqui é bem light. Tem dia que eu atendo 16 e quatro encaixes...

Médico 2: - Não! Minha agenda é como a sua. Quem disse que eu atendo menos?

Auxiliar de enfermagem 1: - Eu que não fui, viu Dr.?!

Agente Comunitária de Saúde 1: - E se a gente discutisse o caso da dona Sebastiana com o pessoal lá da Saúde Mental? Podia convidar para vir aqui e discutir com a gente.

Médico 1: - Acho bom isso, porque eles lidam mais com isso e podem nos ajudar. Isso pode ser feito? Acho que seria interessante todos os trabalhadores participarem. Poderia ser uma coisa para o aprendizado de todo mundo.

Agente Comunitária de Saúde 2: - E por que não encaminha ela de vez para lá?

Auxiliar de enfermagem 2: - Isso que eu penso! Não segue direto, dá alta, encaminha para outro lugar.

Enfermeira: - Porque é da nossa área, e somos nós os responsáveis por cuidar dela e da família dela.

Gerente: - Vou ver. Na próxima reunião, eu informo se poderá acontecer essa discussão de caso com o pessoal da Saúde Mental. Mas, antes, tenho de ver na Secretaria de Saúde, se pode. Bom, precisamos ir para o outro caso, desse ficamos assim?

TRATAMENTO AMBULATORIAL

NEIDE ZANELATTO

O tratamento da dependência de substâncias, mesmo considerado uma questão relativamente nova, tem recebido atenção da comunidade científica, para que seja desenvolvido atendendo à demanda atual. Uma vez que a gravidade dos transtornos por uso de substâncias difere bastante entre aqueles que os apresentam, e mesmo em um único indivíduo, flutua ao longo do tempo, há que se flexibilizar o serviço oferecido ao paciente.

Hoje, para atender à essa demanda, há uma variedade de opções de modelos de tratamento, que diferem quanto à abordagem utilizada e quanto à intensidade de atenção oferecida ao usuário do serviço. Referimo-nos a modelos de internação (para além da desintoxicação), internação-dia, residência terapêutica, serviços de intervenção em crises, tratamento farmacológico e participação em grupos de mútua ajuda para o usuário de substâncias e para seus familiares (12 passos, NA [Narcóticos Anônimos], AA [Alcoólicos Anônimos]).

Um dos modelos oferecidos é o denominado tratamento ambulatorial, que apresentamos neste capítulo. Estudos sobre custo e efetividade do tratamento ambulatorial têm sido conduzidos, apresentando resultados positivos. Essa modalidade de tratamento agrega vantagens como custo inferior às internações hospitalares; atendimento a um número maior de pacientes; permanência do paciente mais tempo aderido ao serviço, possibilitando uma participação maior no programa de maneira geral; atenção às diferenças de cultura e regionalidade; o paciente mantém sua rotina sem prejuízo significativo no desempenho de papéis familiares, profissionais, sociais ou acadêmicos, podendo ainda treinar nesses ambientes as habilidades de enfrentamento desenvolvidas. Outro aspecto elencado como vantagem diz respeito ao fato de que, nessa modalidade de tratamento, quando o atendimento é em grupo, em razão do tempo maior de atendimento, há criação de vínculo entre os participantes, o que ajuda na reconstrução da autoestima e facilita o desempenho das habilidades sociais. Vale a pena ressaltar que a internação muitas vezes ainda é vista como um estigma social para o indivíduo.

Tal recurso de tratamento atende aos preceitos ditados pelo National Institute on Drug Abuse (NIDA), que preconiza o não oferecimento de uma única modalidade de tratamento (não ao modelo de tratamento "tamanho único"), a disponibilidade de acesso contemplando as múltiplas necessidades do indivíduo, e não apenas o uso de substâncias. O plano de tratamento deve ser maleável, atendendo às necessidades do indivíduo que podem mudar ao longo do tempo, sem, no entanto, deixar de prever um mínimo de permanência no serviço, garantindo maior aproveitamento. É importante que haja combinação de várias abordagens psicoterápicas, aliadas ao tratamento farmacológico, quando necessário, principalmente nos casos em que houver outras morbidades associadas e o tratamento for oferecido em um mesmo ambiente. O uso de drogas deve ser monitorado de forma contínua, sendo a desintoxicação apenas parte do tratamento. Atenção especial deve ser dada a outros comprometimentos, como presença de HIV/AIDS e outras doenças físicas, ficando evidente que nem sempre o paciente virá por vontade própria, e a completude do plano de recuperação do uso de substâncias poderá ser concretizada após um período bastante longo, até que o paciente se estruture interna e externamente para a manutenção do estágio de mudança.

O AMBULATÓRIO PARA TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Em um ambiente de tratamento não intensivo, a equipe profissional, composta por especialistas em dependência química, com graduação em medicina, psicologia, terapia ocupacional, nutrição, enfermagem e outros, dependendo da proposta do serviço, poderá oferecer ao paciente:

- 1. Tratamento farmacológico (psiquiátrico):** feito por especialista na área das dependências, com base na avaliação das necessidades do paciente e desenhado segundo estas, e não como um protocolo a ser seguido. Isso reduz os prejuízos para o paciente e concorre para o aumento da adesão a outras intervenções que se fizerem necessárias. Mesmo nos casos em que se deva proceder uma conduta para desintoxicação, existe consenso de que a maioria dos pacientes não necessita internação, devendo ser esta preferencialmente feita em regime ambulatorial ou de internação domiciliar.
- 2. Tratamento psicoterápico individual ou em grupo:** voltado tanto para a redução da demanda (abstinência) quanto para a redução da oferta (consumo reduzido e conseqüentemente menores efeitos secundários do uso da substância). Baseia-se nas principais abordagens estudadas: entrevista motivacional, prevenção de recaída, terapia cognitivo-comportamental das habilidades de enfrentamento e sociais e terapia familiar. É importante que seja conduzido por um profissional que domine não só os conhecimentos da área da dependência química, como da saúde mental em geral, pois muitos pacientes apresentam quadros de comorbidades.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

31



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

32

O atendimento individual terá como objetivos principais:

- a) Manter a participação dos pacientes, por meio de esclarecimento e revisão contínuos das metas e dos objetivos no tratamento.
- b) Treinar os pacientes no manejo da ansiedade, natural e decorrente do processo de mudança.
- c) Reforçar a aliança terapêutica, visando manter o paciente aderido.
- d) Desenvolver e treinar habilidades de enfrentamento para lidar com situações de risco e de difícil manejo

A terapia em grupo, conduzida por profissionais especializados, tem objetivos específicos a serem atingidos por cada grupo de pacientes. É importante que o serviço ambulatorial ofereça, além do atendimento em grupo para o aumento da motivação e o alcance da abstinência, grupos para prevenção de recaída, para treinamento de habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco, assim como de pós-tratamento, descrito logo a seguir. O atendimento em grupo, em geral voltado para pacientes sem comorbidades, tem as seguintes vantagens:

- a) O próprio grupo gera sua resposta adaptativa. Primeiro, os membros, juntos, aprendem a criar uma resposta adaptativa, depois são preparados para aplicar esses processos em si mesmos.
- b) Maior facilidade em manter o foco na tarefa ou na agenda.
- c) Os pacientes percebem que não são os únicos com aquele problema, o que aumenta a esperança de poder lidar com ele, e faz com que as pessoas se sintam úteis umas às outras.
- d) Maior facilidade no desenvolvimento de habilidades sociais, pois o terapeuta não é visto como o único modelo; os membros do grupo são modelos uns para os outros.
- e) Surgimento de um sentimento de ser parte de um grupo, ter valor, ser importante, em um momento no qual a rede social está estreitada e os estímulos do meio social em geral são negativos.
- f) Atendimento de um número maior de pacientes em menor tempo.

3. Avaliação nutricional: estudos¹⁰ evidenciam que pacientes tratados em um serviço que contemple a avaliação e a educação nutricional em seus programas tendem a apresentar melhores desfechos ao final do tratamento. Tais ações têm como objetivo a contenção dos excessos alimentares e a reeducação alimentar, a melhora da autoestima, a prevenção da recaída e a prevenção do desenvolvimento de transtornos da alimentação.

4. Atendimento em terapia ocupacional: essa intervenção tem o papel de facilitar as situações diversas em que se inserem o paciente e suas ações, constituindo -se um espaço intermediário vivido durante a realização de atividades que o auxiliam a experimentar novas formas de ser e de se relacionar com objetos, pessoas e consigo mesmo. Nesse setting, o paciente reencontra suas capacidades de realizar projetos para sua vida, ponto fundamental para a retomada dos papéis deixados em segundo plano, em virtude da relevância do uso de substâncias, e para o planejamento de ações produtivas.

5. Acompanhamento terapêutico: trabalho coadjuvante das demais intervenções no tratamento, tem um papel de importância relevante, pois atua diretamente no ambiente em que o paciente está inserido. O acompanhante terapêutico, em sua atuação, oferece -se como modelo de identificação. Intervindo em um nível mais vivencial e menos interpretativo, percebe, reforça e auxilia no desenvolvimento da capacidade criativa do paciente. Representando o terapeuta, quando necessário, pode atuar como agente ressocializador, bem como servir como mediador nas relações familiares.

6. Assistência social: com uma atuação voltada mais para a família do paciente, atende às demandas sociais, abrangendo, além das questões de sobrevivência propriamente, também a questão de atitudes e comportamentos.

O acolhimento do paciente em um setting de cuidados compartilhados com uma equipe multidisciplinar tem apresentado resultados positivos para a melhora em estudos de seguimento.¹³ Para complementar o trabalho da equipe multidisciplinar, é fundamental a presença de um gerente de caso, que exercerá as seguintes funções:

1. Obter e organizar os dados da história do paciente.
2. Compreender como se deu a dependência, qual sua gravidade e quais os principais fatores de risco e de proteção.
3. Identificar as necessidades do paciente e do caso em si.
4. Desenvolver uma proposta de intervenção voltada para aquele caso em particular (o serviço se adapta ao paciente, e não o paciente tem de se adaptar ao serviço oferecido).
5. Buscar equipamentos para o atendimento da demanda.
6. Fazer as conexões necessárias para formar uma rede de tratamento.
7. Avaliar periodicamente o tratamento, revendo o processo quantas vezes forem necessárias.
8. Manter o acompanhamento até o final do tratamento.

O gerenciamento de caso é uma ferramenta importante, sobretudo no tratamento de pacientes com vários problemas (sociais, de saúde mental, forenses) associados ao uso de álcool e outras drogas, pois contempla o caso em sua plenitude, com base na realidade.

INTERVENÇÕES DE APOIO

Além das intervenções referidas, a família do paciente também é contemplada nessa abordagem, dadas as evidências de que, quando a família recebe tratamento especializado, as chances de adesão e de melhora do paciente tendem a aumentar. O tratamento da família pode ser realizado individualmente ou em atendimentos em grupo.

Os pacientes, em um serviço ambulatorial, devem ser encaminhados para a busca de outros serviços de apoio que preencham o período em que não frequentam o serviço e que compartilhem da mesma ideologia em termos da abstinência (consumo moderado/abstinência).

Um recurso do qual se pode lançar mão são os grupos de 12 passos, ou grupos de mútua ajuda, que têm como meta a abstinência e a troca de experiências tanto do tempo de uso da substância quanto do tempo de abstinência.

O serviço ambulatorial deve ter uma lista de grupos que ofereçam esse serviço. Em cidades menores, é desejável, e até possível, ter -se um nome de referência em cada grupo para que o acolhimento do paciente encaminhado seja feito de forma mais personalizada, facilitando a adesão ao grupo. Recentemente, o Conselho Estadual sobre Drogas (CONED) editou o Primeiro Levantamento dos Recursos de Apoio para Álcool e Drogas no Estado de São Paulo, contendo endereços e horários de reuniões de grupos de mútua ajuda, grupos de AA, AI -Anon e AI -Ateen, Amor -Exigente, bem como endereços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o Estado e uma relação de escolas que participam do programa Escola da Família, atuando em uma abordagem mais preventiva.

PREMISSAS IMPORTANTES PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO AMBULATORIAL

De acordo com os protocolos desenvolvidos pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (www.samsha.gov), existem premissas importantes para a implantação de um ambulatório para o tratamento de dependentes químicos:

1. Facilite o acesso ao tratamento: o serviço deve atender a um maior espectro o possível na população de dependentes químicos. Atendimento a dependentes de diversas substâncias, de ambos os gêneros, várias faixas etárias e níveis sociais diferenciados, bem como estar disponível para pacientes envolvidos com a justiça, são aspectos que devem ser contemplados visando a uma gama maior de serviços oferecidos ao paciente.
2. Torne a entrada no tratamento possível: aspectos como horários de atendimento, local de instalação do serviço (com facilidade de transporte) e atendimentos personalizados facilitam a adesão ao tratamento. Estudos evidenciam que a rápida entrada e o tempo de permanência são preditores importantes para a melhora do paciente, tendo maior impacto do que a intensidade do tratamento.
3. Enfatize o aumento da motivação já existente e a construção de uma aliança terapêutica: utilize técnicas da entrevista motivacional para desenvolver no paciente a necessidade de mudar seu comportamento de uso de drogas. A aliança terapêutica tem como embasamento principal o reconhecimento de que o paciente tem capacidade de mudar e ele reconhece isso; um vínculo emocional significativo com o terapeuta, que, por sua vez, é empático em relação ao paciente; e um tratamento orientado para metas que sejam construídas de comum acordo entre paciente e terapeuta.
4. Reforce a meta de que o paciente deve ter um tempo mínimo de tratamento, visando ao melhor aproveitamento deste. Pacientes dependentes de substância tendem a ter dificuldades na adesão ou a abandonar o tratamento antes de sua completude, pois muitos podem ser resistentes a mudança de hábitos.
5. Construa para cada paciente um tipo de tratamento específico que atenda a suas necessidades: o atendimento às necessidades físicas (saúde física e mental), psicológicas, familiares e sociais auxilia na mudança de comportamento e aumenta as chances de recuperação da dependência de substâncias.
6. Monitore a abstinência: estudos revelam que o gerenciamento de contingências (p. ex., análises de urina para maconha ou cocaína e uso do bafômetro para álcool) tem apresentado resultados muito positivos, favorecendo a manutenção da abstinência, embora estudos recentes indiquem a necessidade de uma constante avaliação ética do procedimento.
7. Utilize outros serviços que deem suporte à mudança: a participação em grupos de mútua ajuda, de 12 passos, concomitante ao tratamento ambulatorial, evidencia maior chance de manutenção da abstinência e melhor funcionamento global.
8. Forneça sessões de psicoeducação sobre o abuso das substâncias (efeitos do uso agudo e crônico e complicações associadas), bem como sobre recuperação e prevenção de recaída. É sabido que técnicas psicoeducacionais são parte de praticamente todos os protocolos para tratamento de transtornos psiquiátricos que usem como referencial teórico de base a terapia



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

33



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

34

cognitivo -comportamental. Seu papel educativo tem lugar desde o início até o fim do processo, uma vez que, durante esse período, o terapeuta se ocupa de educar o paciente sobre seu transtorno e familiarizá-lo com ele, de modo que este esteja ciente de suas limitações e em que elas implicam. Estudos mostram que a prática da psicoeducação faz do paciente um colaborador ativo no tratamento, aliado da equipe e, portanto, com chance de um desfecho melhor em termos de resultado.

9. Inclua no tratamento familiares, amigos, empregadores e pessoas com quem o paciente tenha vínculos afetivos importantes. Ofereça informação científica embasada e de qualidade sobre o problema e orientação sobre como lidar com a questão. A família, um dos fatores de proteção mais evidente, pode também ser responsabilizada por muitas recaídas, quando não adequadamente orientada.

10. Faça um mix de estratégias e abordagens de eficácia comprovada: terapia cognitivo -comportamental (em grupo e individual), terapia e técnicas de entrevista motivacional, técnicas de prevenção da recaída, gerenciamento de caso, manejo de contingências e incentivos, participação em grupos de mútua ajuda (12 passos) e acompanhamento individual pós -tratamento.

11. Mantenha a equipe treinada e bem informada sobre novas modalidades de tratamento. É importante que a equipe seja supervisionada e os casos sejam discutidos, para um melhor atendimento ao paciente.

O espaço da supervisão é de extrema importância, pois nele o terapeuta pode compartilhar com outros profissionais suas dúvidas e angústias e até mesmo se certificar de que está agindo da melhor forma.

Manuais produzidos com esse fim auxiliam e orientam a atuação do terapeuta, mas não são suficientes para dar suporte a toda sua atuação.

AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS VERSUS AMBULATÓRIOS GERAIS

De modo geral, o modelo clínico para o tratamento de dependentes químicos compreende avaliação da gravidade da dependência e das necessidades em um espectro de funcionamento biopsicossocial, oferecimento de cuidados em vários níveis, serviços de atendimento em que o paciente tenha contato direto com o profissional responsável por seu caso, mecanismos para retenção no tratamento por um período apropriado de tempo e monitoração desse paciente durante e após o término do tratamento. No entanto, cada vez mais, evidencia-se a necessidade da construção de modelos de tratamento específicos para o atendimento da demanda de determinadas populações ou subgrupos de pacientes.

Alexander e colaboradores, a partir de dados coletados em instituições que realizam tratamento para dependentes químicos em regime ambulatorial, estudaram as tendências dessas condutas no período entre 1995 e 2005. As práticas mais comuns foram a avaliação das necessidades seguida do plano de tratamento e do gerenciamento de caso. Contudo, segundo os autores, o tratamento para populações específicas é pouco praticado e, nos últimos anos, pouco estudado. Tal tendência parece resultar em prejuízo, já que grande parte dos pacientes que procuram esse tipo de serviço tem características muito peculiares, necessitando de um modelo específico que atenda a suas necessidades. O estudo ainda destaca que um terço dos pacientes nem sequer recebe uma avaliação adequada de suas necessidades, dificultando ainda mais a elaboração de um plano de tratamento adequado a suas demandas.

Nesse caso, levam-se em consideração as características pessoais de quem usa uma ou outra droga, bem como os prejuízos advindos desse uso e a gravidade da dependência, que, em razão da droga de escolha, pode ter um manejo mais ou menos complicado. O ideal é que, dentro de um mesmo serviço, haja um ambulatório determinado para cada substância ou mesmo para uma população específica.

Usuários de cocaína, segundo alguns estudos, têm uma tendência maior ao abandono do tratamento (equivalente aos usuários de opioides), mas parecem aderir melhor quando o acesso é facilitado e há um caráter de informalidade. O atendimento deve ser imediato, pois a procura quase sempre se dá no momento de crise; portanto, a avaliação, a triagem e a alocação do gerente de caso devem ser feitas de forma rápida, de preferência no mesmo dia. Vale a pena ressaltar que, em ambulatórios voltados para esse usuário em particular, o horário de funcionamento deve se estender até a noite, pelo menos em alguns dias da semana. Estudos evidenciam que, quanto mais específico for o atendimento a essa classe de pacientes, melhores os resultados.

Adolescentes usuários de substâncias necessitam de um atendimento que contemple as necessidades desse momento da vida e tenha uma atuação mais efetiva no contexto em que está inserido o paciente (escola, família e meio social). O tratamento deve ser estruturado em três níveis: o desenvolvimento global do adolescente, a modificação do comportamento do uso de álcool ou de drogas e a resolução dos problemas associados a esse uso. Atenção deve ser dada aos casos nos quais o desejo pela substância seja intenso, o envolvimento com a vida escolar seja pequeno, as opções de lazer sejam consideradas insatisfatórias, o envolvimento com o uso de álcool ocorra logo no início da vida, bem como se houver envolvimento criminal.²⁹ Uma revisão da literatura recente sobre tratamentos para

adolescentes indica que a terapia em grupo é mais eficaz do que o acolhimento individual e que a terapia familiar, somada à terapia cognitivo-comportamental e a intervenções motivacionais breves, apresentam desfechos melhores no trato desses pacientes.

Mulheres dependentes de drogas beneficiam-se mais de serviços voltados especificamente para elas.

Estudos em nosso país demonstram que mulheres aderem mais em grupos só para mulheres e que cerca de 70% das pacientes apresentam melhora parcial ou completa no funcionamento global e abstinência ou redução do uso de álcool e drogas. Quanto à duração do tratamento, há evidência de que, quanto mais longos e mais frequentes os contatos, melhores os resultados. Essa população tem maiores ganhos terapêuticos quando pelo menos um dos terapeutas é do gênero feminino, quando a equipe é treinada para o atendimento das comorbidades frequentes nesse grupo e quando os grupos são distintos quanto à faixa etária (mulheres e adolescentes).

Outro aspecto digno de nota refere-se aos temas abordados na agenda do tratamento: o treinamento de habilidades sociais e a ênfase na melhoria das relações interpessoais entre elas e os filhos são ressaltados como de grande importância para a adesão e a manutenção do tratamento. Mesmo assim, nos últimos anos, nota-se que essas evidências não estão sendo consideradas, comprometendo os resultados obtidos.

Usuários de maconha aproveitam melhor o tratamento junto com seus pares, pois, quando tratados com usuários de outras substâncias, tendem a minimizar os prejuízos com seu uso, o que dificulta o processo de mudança. Terapeutas especializados no tratamento de usuários de maconha devem ter informação atualizada sobre o assunto, a fim de discutir sobre os efeitos do uso agudo e crônico da substância e desenvolver ambivalência nos pacientes, iniciando o processo de parar o uso.

A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA – UNIDADE DE PESQUISA DE ALCÓOL E DROGAS (UNIAD) (1994 -2006)

Fundada em 1994, por Ronaldo Laranjeira e John Dunn, com o objetivo de atender funcionários da UNIFESP com problemas de dependência de drogas, a UNIAD amplia seu universo quando inicia o oferecimento de atendimento para dependentes químicos de maneira geral. A partir da pesquisa e da constatação da necessidade de trabalhar com modelos que atendessem demandas específicas, criou o sistema de ambulatórios voltados para esse fim. No ano de 2006, contava com ambulatórios estruturados para atendimento de dependentes de álcool, de cocaína e crack, de maconha e de tabaco e um ambulatório específico para o atendimento de adolescentes, além de um serviço voltado para o atendimento de médicos dependentes químicos.

Cada ambulatório, coordenado por um especialista na área, dispunha de equipe própria, que, supervisionada semanalmente, discutia casos e, a partir do estudo da literatura mais atualizada, a cada intervenção, se especializava mais e mais, oferecendo tratamento sob medida para cada paciente. Em cada ambulatório, uma gama de modelos de atendimento – terapia individual, em grupo, para grupos específicos (com ou sem comorbidade, com problemas físicos), sobre temas específicos (treinamento de habilidades, prevenção da recaída), divididos por gênero e por tempo de abstinência (recente ou tardia) – era oferecida visando ao atendimento da demanda em sua integralidade.

O PÓS-TRATAMENTO NO MODELO AMBULATORIAL

De acordo com McLellan, dois tipos de tratamento para dependência de substâncias se mostram eficientes. Aquele oferecido por Alcoólicos Anônimos e um outro tipo, descrito como Programa de Substituição de Heroína por Metadona, ambos paradoxalmente opostos no que se refere ao oferecimento de uma substância para aplacar o uso da outra e na postura rígida dos grupos de AA quanto ao uso de qualquer substância que cause dependência. No entanto, apesar do paradoxo, o autor concluiu que ambos funcionam, talvez porque tenham um aspecto em comum: a duração do tratamento, que é longa, sem tempo predeterminado.

A dependência de substâncias tem características semelhantes à doença crônica (como diabetes, por exemplo), de modo que, justifica aquele autor, o tratamento mais longo, evita recorrências, trazendo resultados mais eficazes ao longo do tempo.

O grupo de pós-tratamento tem objetivos voltados à prevenção da recaída, ao reforço dos comportamentos funcionais apresentados pelos pacientes para manutenção da abstinência e principalmente ao reforço no treino de habilidades de enfrentamento de situações de risco e habilidades sociais, bem como pretende reforçar o aumento dos comportamentos que levem a atividades prazerosas, evitando uma situação na qual o desequilíbrio entre prazeres e deveres esteja presente. Esses objetivos têm uma relação estreita com o tratamento, pois dizem respeito ao problema do paciente em si.

Outros objetivos do grupo de pós-tratamento estão ligados a explorar novas formas de lidar com situações de conflito em vários contextos da vida; desenvolver habilidades para manejo da ansiedade, resolução de conflitos e de problemas e possibilitar um espaço destinado ao autoconhecimento. Um objetivo importante diz respeito a discutir a reinserção sócio-



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

35



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

36

ocupacional, orientando e auxiliando cada participante a se planejar para atingir metas preestabelecidas (possibilitando o aumento da autoeficácia).

Em intervalos de tempo predeterminados, os pacientes devem ser avaliados para que se verifiquem quais podem ter alta do processo e/ou encaminhamento para outro serviço. A experiência com esse tipo de grupo de tratamento evidencia que os pacientes revelam ganhos em vários aspectos de sua vida, principalmente naqueles em que o consumo de substância interferia mais fortemente.

PRINCIPAIS DESAFIOS NO TRATAMENTO AMBULATORIAL

TRATAMENTO VOLTADO PARA O PACIENTE

Estudos evidenciam que pacientes com melhor nível educacional, dependentes sobretudo de álcool em vez de drogas ilícitas, recebidos com a indicação de seus empregadores ou de instituições judiciais, aproveitam mais tratamento oferecido em um serviço ambulatorial. O desafio volta -se para o paciente sem essas características, principalmente o jovem com uso de drogas ilícitas, sem a evidência de grandes perdas e com contexto sociofamiliar desestruturado, que está, até pelo tipo de tratamento oferecido, mais exposto a recaídas.

A elaboração de protocolos de conduta envolvendo o paciente no tratamento e seu compromisso com a abstinência, a especialização constante da equipe de trabalho e a revisão das condutas que apresentam resultados eficazes talvez sejam os primeiros passos para o fortalecimento da adesão ao tratamento e a obtenção de melhores resultados em um serviço ambulatorial.

TRATAMENTO VOLTADO PARA A FAMÍLIA

Mesmo tendo informação quanto à necessidade da participação no tratamento, tem sido observado que as famílias apresentam dificuldade em se manterem aderidas aos grupos. Essa dificuldade aparece já quando a família nega a existência do problema; aos sinais de melhora do paciente, a tendência dos familiares é desistir da participação no tratamento. Uma sugestão que pode facilitar o ingresso e sua manutenção no tratamento seria abordar a família individualmente, usando técnicas motivacionais, com o objetivo de colocá-la em um estágio de motivação que permitisse o enfrentamento da situação. A descrição do programa e dos possíveis ganhos do dependente com a participação da família no plano de tratamento é um aspecto que tende a auxiliar no aumento da motivação para a entrada e a permanência no grupo.

O fato de a família já ter passado por muitos tratamentos também dificulta a adesão, pois alguns membros se apresentam desesperançados e desanimados com o insucesso dos tratamentos anteriores. As famílias em geral procuram uma "receita de bolo"; quando não a encontram, tendem a desistir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço ambulatorial, seja por seu custo menor, seja por manter o paciente próximo à família e às suas atividades, tem sido evidenciado como uma abordagem eficaz no tratamento das dependências. A equipe multidisciplinar especializada locada em um mesmo espaço remove barreiras para a adesão do paciente, ao mesmo tempo em que o observa de vários ângulos, devido a troca de informações nas discussões de casos, sempre presentes nessas configurações de atendimento.

Apesar de tratamentos direcionados para determinada população gerarem o ônus da contratação de uma equipe especializada, mulheres, pacientes pertencentes a outra cultura, desempregados, indivíduos com outros transtornos associados ao uso de substância, com dependência de mais de uma substância, que já tenham se submetido a tratamentos anteriores, além de outros, precisam ter suas necessidades avaliadas. É fundamental, a partir dessa avaliação, otimizar condutas clínicas e terapêuticas que, em conjunto, atendam a essas necessidades, de modo que o resultado do tratamento seja o mais positivo possível.

A CONTENÇÃO FÍSICA

O que é CONTENÇÃO FÍSICA?

Consiste em uma técnica utilizada em consequência das alterações psíquicas e comportamentais que uma pessoa apresenta para adequadamente se atingir os seguintes objetivos: segurar, conduzir e restringir os movimentos físicos do paciente devido ao grau de risco que apresenta para si e aos demais que convivem com ele.

Quando a CONTENÇÃO FÍSICA é indicada?

Quando as medidas de comunicação terapêutica demonstrarem insuficiência e o indivíduo:

- Se tornar agressivo e dirigir sua agressividade para a equipe, familiares ou circundantes;
- Sinalizar que pretende evadir-se e há risco para si mesmo ou para outros, se o fizer;
- Está em um ambiente de risco com artefatos perigosos em potencial ou mesmo armas.

FUNDAMENTAL!

JAMAIS UTILIZAR A CONTENÇÃO ANTES DE ESGOTAR TODOS OS RECURSOS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA OU NA TENTATIVA DE DISCIPLINAR, RETALIAR OU COAGIR O PACIENTE

Aspectos éticos e legais

1. Resolução 1598/2000 artigo 11 do Conselho Federal de Medicina:

"A contenção física é um procedimento médico devendo ser acompanhado diretamente pelo corpo de enfermagem".

2. Resolução 427/2012 artigo 1 do Conselho Federal de Enfermagem:

"Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados".

3. A decisão de realizar a contenção deve envolver comunicação do procedimento aos familiares ou responsáveis. De preferência, deve-se buscar o consentimento por escrito.

4. Não é recomendada a contenção de crianças e adolescentes.

Para maiores de 12 anos pode ser realizada em casos de absoluta necessidade e com o consentimento dos pais.
ATENÇÃO!: Estatuto da Criança e Adolescente

CONTENÇÃO FÍSICA passo a passo

1. Entender as fases da contenção
2. Avaliar o momento de realização
3. Acionar de apoio
4. Obter o consentimento da família
5. Monitorar do ABCDE
6. Estar atento aos Riscos
7. Cuidados no transporte
8. Momento da descontinuação

PASSO 1: FASES DA CONTENÇÃO

- Imobilização

Momento em que será realizada a restrição dos movimentos e da locomoção.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

37



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

38

- Contenção mecânica
Procedimento efetivo de contenção, devendo ser realizada com uso de faixas de contenção.

PASSO 2: MOMENTO DE REALIZAÇÃO

A contenção deve ser realizada somente quando avaliada a segurança da cena (espaço e condição do usuário) e da disponibilidade de um número mínimo de pessoas com condições de realizar o procedimento.



Fonte: Iasmim Bianchi / HAOC

Atenção na avaliação de cena !

Deve-se ter atenção especial na avaliação das vulnerabilidades do local:

- A presença de escadas ou de ruas de tráfego intenso;
- A possibilidade de fuga por portas e janelas abertas;
- A presença de objetos perigosos que possam ser utilizados como armas.

PASSO 3: ACIONAR APOIO

Técnica ideal exige 5 pessoas!

Pacientes sem porte de armas:

- Equipes com compreensão da técnica e que entenda sobre suporte básico de vida;

Pacientes com armas:

- PM ou dos Bombeiros (desarme e a imobilização inicial);

Paciente robusto ou forte:

- Equipes de suporte avançado de vida (contenção química).

PASSO 4: CONSENTIMENTO

É preciso que seja explicado claramente:

- O que será feito;
- Por que será feito;
- Por quanto tempo será feito;
- Quais são os cuidados;
- Para onde o paciente irá;
- Direito ao acompanhante.

É importante abrir espaço para perguntas e deve-se responder de forma clara e diretamente aos questionamentos.

PASSO 5: MONITORAR ABCDE

Esses cuidados devem ser feitos:

- Durante o procedimento;
- Após o procedimento;
- Até a passagem do caso.

Lembrar!

A : Vias aéreas

B : Boa ventilação
 C : Circulação
 D : Avaliação da consciência
 E : Sinais vitais

Cuidados especiais no passo 5

É preciso ser mais rigoroso nos cuidados nos seguintes casos:

Portadores de problemas clínicos:

- Diabetes;
- Epilepsia;
- Problemas cardíacos, etc.

Idosos e adolescentes;

Pacientes sob contenção química;

Pacientes com rebaixamento de consciência.

PASSO 6: RISCOS

O uso de força excessiva durante a imobilização:

- Pode provocar fraturas;
- Problemas circulatórios.

O uso de força inadequada ou sem a técnica apropriada:

- Dar uma gravata no pescoço;
- Usar golpes de luta marcial;
- Briga corporal com o paciente.

PASSO 7: TRANSPORTE

Para realização do transporte, é preciso que:

- Os pontos de contenção estejam checados para evitar soltura
- Manter a comunicação com o usuário, informando o que está sendo feito e da necessidade temporária do procedimento
- Manutenção do monitoramento do ABCDE

PASSO 8: DESCONTENÇÃO

A descontenção deve ser realizada:

- Sob orientação do médico local ou da enfermeira responsável;
- Deve ser progressiva e monitorada pela equipe local:

Manter contenção?

Associar contenção medicamentosa?

- Quando em caso de transporte, a descontenção deve ser feita na instituição de destino, após a passagem do caso ao médico responsável.

Aspectos essenciais

- Indicações do uso da contenção física;
- Fases da contenção física;
- Principais aspectos ético-legais da contenção física;
- Aspectos técnicos envolvidos na realização da contenção física.

VEJA O VÍDEO:

CLIQUE NA IMAGEM



RUA ALBERTO
 MAGNO, 300
 BAIRRO MONTESE
 FORTALEZA/CEARÁ
 60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

39



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

40

IMOBILIZAÇÃO



TÉCNICA DE IMOBILIZAÇÃO: PASSOS

1. Estabelecer um coordenador da ação;
2. Comunicar sobre a decisão da imobilização;
3. Manejar o espaço;
4. Posicionar a equipe;
5. Estabelecer um comando para a imobilização;
6. Realizar a técnica de imobilização;
7. Transportar para o local adequado (leito, maca ou prancha, etc);
8. Posicionar o usuário no leito para a efetivação da contenção.

PASSO 1: COORDENAÇÃO

O coordenador deve ser:

- Profissional mais experiente ou;
- Profissional mais treinado ou;
- Profissional que conseguir estabelecer o vínculo.

Função da Coordenação

O coordenador é responsável por:

- Anunciar a decisão;
- Escolher o melhor local;
- Orientar os passos e as posições;
- Proteger a cabeça e o pescoço;
- Dar a voz de comando;
- Manter a comunicação com o paciente;
- Monitorar ABCD.

PASSO 2: COMUNICAÇÃO

Informar para família:

- O que será feito;
- Por que será feito;
- Por quanto tempo será feito;
- Cuidados necessários;
- Local de destino do paciente;
- Direito a um acompanhante.

PASSO 3: MANEJO DO ESPAÇO

- A equipe deve se manter na posição de semicírculo ao redor da pessoa a ser imobilizada (coordenador ao centro).

!O posicionamento atrás da pessoa pode transmitir a mensagem de risco e aumentar a possibilidade de agressão.

- Manter sempre o olhar na pessoa, evitando olhares desafiadores.
- Deve-se buscar para que a pessoa esteja preferencialmente de costas para uma parede ou armário.



PASSO 4: POSICIONAMENTO DA EQUIPE

A equipe deve manter:

- Pés afastados para dar apoio ao corpo e em prontidão.
- Braços ao longo do corpo, evitando mãos nos bolsos.
- Distância de 1,5 braço do paciente.



Atenção no Posicionamento da equipe

Caso o usuário se aproxime de um dos profissionais, deve se estender o braço na altura do tórax da vítima para impedi-lo de se aproximar e retomar o espaço.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

41



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

42



PASSO 5: COMANDO

Esta ação que deve ser iniciada pelo coordenador;
Deve ser combinada previamente a frase-chave;
Não mudar de tom de voz;

Evitar :

- Vai !**
- Agarra!**
- Já!**

Ter cuidado com a comunicação não verbal

PASSO 6: TÉCNICA DE IMOBILIZAÇÃO

Os profissionais ao lado do paciente devem segurar os membros superiores;
Os profissionais na linha diagonal devem segurar os membros inferiores;

!! OS DOIS PRIMEIROS DEVEM AGIR SIMULTÂNEAMENTE

O coordenador se posiciona por trás para segurar a cabeça e o tórax, somente após a ação inicial dos dois primeiros grupos.

Membros superiores (MMSS)

Segurar com ambas as mãos o punho e colocar a articulação do cotovelo do paciente debaixo da axila, prendendo-a sob o tórax. O braço deve ser mantido aberto.



Fonte: Iasmim Bianchi / HAOC

Membros inferiores (MMII)

Agachar ao lado do membro mantendo um dos joelhos sobre o chão. Usar braços para abraçar o joelho do paciente, com a palma da mão na região patelar enquanto com a outra mão e o braço estendido segura o tornozelo da vítima contra o chão.



A contenção dos membros inferiores deve ser feito pelos dois profissionais simultaneamente.



CABEÇA

Aguardar a imobilização dos membros para em seguida conter cabeça e tórax.

TÓRAX:

Passar um dos braços por baixo da axila da vítima e fixá-lo na extensão do tórax. Posicionar a palma da mão livre sobre a frente.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

43



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

44



PASSO 7: TRANSPORTE

Iniciar pelos Membros Inferiores;

- O coordenador deve servir de apoio para o peso do corpo no momento do deslocamento.



PASSO 8: POSICIONAMENTO PARA COLOCAÇÃO DAS FAIXAS

- Quando o usuário for posicionado no leito, cada profissional mantém sua posição e imobilização até que seja feita a contenção por faixas;
- Cada profissional deve proceder a contenção da parte do corpo que esteja imobilizando iniciando pela cabeça e posteriormente com ajuda do colega que já conteve e verificou a segurança da contenção.

Regras básicas de colocação de faixas de contenção nos MMII e MMSS:

- Iniciar com a passagem da faixa por baixo da articulação;
- Fazer um nó na parte anterior;
- Amarrar a extremidade da faixa na lateral do local de contenção (leito, maca ou prancha);
- Manter a imobilização manual até verificação da segurança da contenção.



Nos membros superiores, a faixa deve envolver o punho.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

45



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

46

Nos membros inferiores, a faixa será posicionada nos tornozelos.



Fonte das imagens: Iasmim Bianchi / HAOC

Regras básicas de colocação da faixa de contenção no tórax:

- Esta deve ser a última a ser posicionada;
- Posicionar sobre o tórax à altura dos mamilos (homens) ou abaixo das mamas (mulheres);
- Amarrar na lateral do local de contenção;
- Mais indicada para transporte ou em casos de intensa agitação por período curto e com maior supervisão de cuidados respiratórios.

**Cuidado:**

A faixa do tórax merece especial atenção:

- O posicionamento sobre o diafragma do paciente irá atrapalhar a ventilação/respiração;
- A elevação natural do tronco não deve ultrapassar o ângulo de 30°;
- É sempre importante, ao final, reavaliar as fixações e refazê-las caso necessário.

Observações importantes sobre a Contenção Mecânica

A boa faixa de contenção é confeccionada:

- Em material resistente, lavável e de fácil manuseio.
- Com uma costura reforçada e largura apropriada (para membros = 10 cm e para o tórax = 20 cm)

As faixas devem estar sempre disponíveis no momento da realização da contenção mecânica;

Iniciar a contenção pelo membro cujo risco seja maior do paciente soltar;

Contenção Mecânica

- No momento de revisão das fixações e de refazê-las, deve-se manter a imobilização;
- Se durante a contenção, o paciente conseguir soltar os braços ou as pernas é necessário contê-los juntos imediatamente, para depois de controlada a situação, separá-los conforme dita a regra;
- O procedimento de contenção mecânica deve sempre ser pensado para que seja pelo menor espaço de tempo possível.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

47



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

48

CONTENÇÃO MECÂNICA COM 3 PROFISSIONAIS

- A contenção física pode ser realizada com, no mínimo, 3 pessoas.
- Nesse caso, o procedimento é mais complexo, exigindo maior sincronicidade entre os profissionais e maior esforço físico – **ATENÇÃO AOS PACIENTES COM GRANDE ESTRUTURA FÍSICA;**

- Os riscos nesse tipo de contenção também são aumentados.

Técnica da contenção mecânica com 3 Profissionais

- O profissional à esquerda do coordenador deve abraçar os joelhos da pessoa, tendo cuidado com o rosto;
- O profissional à direita do coordenador deve segurar os punhos juntos;
- O coordenador de modo simultâneo aos outros profissionais, deve conter cabeça e tórax. **TÓRAX:** Passar um dos braços por baixo da axila da vítima e fixá-lo na extensão do tórax. Posicionar a palma da mão livre sobre a frente.



Na contenção física, JAMAIS...

- Aplique chave de braço, torção de punho ou gravata etc;
- Utilize lençóis ou ataduras de crepe associada a malha tubular como faixa;
- Coloque a faixa sobre o tórax, passando sob suas axilas e puxada;
- Sente-se sobre o paciente ou coloque seus joelhos sobre ele, na tentativa de imobilizá-lo (exceto durante a técnica com 3 profissionais).

O QUE VOCÊ PENSA SOBRE ESSA CONTENÇÃO???



E sobre essa???



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

49



TÉCNICA DOS NÓS

Com uso de bandagem triangular

RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

50





RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

51

Fonte das imagens: Iasmim Bianchi / HAOC



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000





RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

53



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

54

AMBIENTE TERAPÊUTICO



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

**Cecylia Kátia Limaverde Pessôa,
Fátima de Maria Sales Sanford e
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias**

OBJETIVO

Descrever os objetivos e as características do ambiente terapêutico, refletindo sobre sua inserção na prática profissional.

DEFINIÇÃO:

"É um ambiente da vida dinâmico e flexível, que leva em conta as necessidades específicas de um cliente individual e um grupo de clientes num meio específico, para promover experiências de vida positivas e alterações positivas da saúde"

(KYES; HOFLING, 1985: 499).

OBJETIVOS DO AMBIENTE TERAPÊUTICO:

- Ajudar o cliente a desenvolver um senso de autoestima, segurança e valor pessoal.
- Melhorar sua capacidade para relacionar-se com os outros.
- Ajudar o cliente a aprender a confiar nas pessoas e em si mesmo.
- Dar ao cliente oportunidades para vivenciar e testar situações de maneira realista e útil.
- Estimular seu potencial para um crescimento positivo.
- Possibilitar sua volta à comunidade mais bem preparado para o trabalho e para a vida.

CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE TERAPÊUTICO:

1. *Existe preocupação, bem como interesse pelo que acontece aos clientes individuais e a um grupo de clientes nas 24 horas do dia, pois cada período do dia torna-se um momento importante do tratamento.*
2. *Fundamentalmente estimulador de saúde, visto não ser um local para passar o tempo. Baseia-se em princípios e técnicas de abordagem especificamente programada, em que a equipe visa consistentemente a ajudar o cliente a se recuperar.*
3. *O cliente é respeitado como um indivíduo que possui sentimentos, desejos, direitos, necessidades e opiniões, sendo encorajado a expressá-los. Os direitos, privilégios e responsabilidades inerentes a um indivíduo numa sociedade democrática são também considerados e ajustados aos problemas de saúde dos clientes.*
4. *O cliente recebe crescentes oportunidades para a liberdade de escolha, de acordo com a sua capacidade para tomar decisões. Portanto, cada hora, contato e aspecto da vida tornam-se altamente significativos – socializar-se, AVD (alimentação, sono etc.), receber medicamentos e tratamentos.*
5. *O cliente é protegido de causar ferimentos a si mesmo e aos outros, mas apenas sofrendo aquelas restrições necessárias que permitam essa proteção, visando à segurança individual e grupal. Deve-se, portanto, evitar ao máximo usar contenções físicas e/ou químicas. Estratégia – contenção terapêutica (individual ou grupal).*
6. *Considera as necessidades individuais do cliente em relação às necessidades do grupo de pessoas que convive diariamente. Desta forma, o ambiente oferece experiências e atividades selecionadas que o ajudem a participar e a se comunicar com outras pessoas em seu ambiente. Ex.: jogos, passeios, bailes, cinema, piscina, educação física, horta etc.*
7. *Usa técnicas e manobras que ajudam o cliente a adquirir sentimentos de confiança, segurança, apoio, conforto e proteção, de acordo com suas necessidades específicas. Ex.: assembléia, grupo operativo, grupo de reflexão, grupos de homens e mulheres, recreação, teatro terapêutico, psicodrama, biodança, terapia comunitária etc.*
8. *O ambiente promove espaço para interações (cliente/cliente, cliente/equipe, cliente/família), em que o cliente possa estabelecer novos padrões de comportamento.*
9. *É dada ênfase a interação social entre os clientes e a equipe, sendo que a estrutura física e a aparência do ambiente facilitam essa interação.*

10. *A programação é estruturada, mas flexível. Para se ter resultados eficientes são necessários uma contínua avaliação do comportamento e das necessidades de cada cliente em relação às necessidades e ao comportamento do grupo de clientes.*

11. *Considera os familiares e amigos do cliente como parte significativa de sua vida e, durante a permanência do cliente na unidade, devendo saber como estas pessoas afetam sua doença, hospitalização e o aumento dos planos gerais de tratamento. Um bom planejamento de terapia ambiental envolve a família e outras pessoas importantes para o cliente.*

REFERÊNCIAS:

POTTER, Patrícia A. Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. Colaboração de Anne G Perry. Traduzido por Hildegard Thiemann Buckup; Terezinha Oppido. 3. ed. São Paulo: Editora Santos, 2001.

KYES, Joan J. Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Traduzido por Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

TAYLOR, Cecelia M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Traduzido por Dayse Batista. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOWNSEND, Mary C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. Traduzido por Fernando Diniz Mundim; Isabel Cristina Fonseca da Cruz. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DICA DE VÍDEO:

A JANELA DO HOSPITAL

Clique na imagem...



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

55



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

56

PROCESSO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
CALIXTO, Douglas Ferreira Alves
PESSÔA, Cecylia Kátia Limaverde

OBJETIVO:

Compreender o processo de enfermagem em saúde mental, identificando suas etapas e seus instrumentos básicos para a prestação de cuidados de enfermagem na prática profissional.

O processo de enfermagem constitui há muitos anos o arcabouço sistematizado da prestação de cuidados de enfermagem, onde este é o meio que a enfermagem utiliza para atender à necessidade de uma metodologia científica na assistência ao cliente.

Stuart e Laraia (2001) definem o processo de enfermagem como sendo um processo interativo de resolução de problemas, sistemático e individualizado, para obter resultados a partir dos cuidados de enfermagem. Este respeita a autonomia e a liberdade do indivíduo para tomar decisões e se envolver no cuidado de enfermagem.

Ao lidar com clientes psiquiátricos, o processo de enfermagem pode apresentar desafios singulares. Os problemas emocionais podem ser vagos e enganosos, não-tangíveis ou visíveis como muitas condições fisiológicas; também podem mostrar diferentes sintomas e surgir por uma variedade de causas (STUART; LARAIA, 2001).

Sendo assim, as autoras reforçam que muitos clientes psiquiátricos inicialmente podem apresentar dificuldades de descrever seus problemas, sendo essencial que enfermeiro e cliente tornem-se parceiros no processo de solução de problemas, em um relacionamento baseado na confiança e dirigido para a maximização dos recursos do indivíduo, a manutenção de sua integridade e a promoção de respostas adaptadas ao estresse.

A Coalisão das Organizações de Enfermagem Psiquiátrica da American Nurses' Association (ANA) delineou um conjunto de padrões que se espera que a enfermagem psiquiátrica siga ao cuidar de seus clientes. A ANA (1994) citada por Townsend (2002, p.97) afirma:

Os padrões de cuidado dizem respeito a atividades profissionais de enfermagem, que são evidenciadas pelo enfermeiro através do processo de enfermagem. Essas atividades envolvem avaliação, diagnóstico, identificação dos resultados, planejamento, implementação e avaliação final. O processo de enfermagem é a base para a tomada de decisões clínicas e compreende todas as ações clínicas significativas dos enfermeiros na provisão de cuidados psiquiátricos/de saúde mental a todos os clientes.

Stuart e Laraia (2001) descrevem as mesmas fases do processo de enfermagem em relação aos padrões da ANA, ressaltando que a validação faz parte de cada uma dessas etapas, e todas as fases podem sobrepor-se ou ocorrer simultaneamente.

Desta forma, as **Etapas do Processo de Enfermagem** são descritas da seguinte forma (STUART; LARAIA, 2001, TOWNSEND, 2002):

Avaliação: O enfermeiro colhe os dados de saúde do cliente. A avaliação exige habilidades de comunicação linguística e culturalmente efetivas, em que são colhidas informações por meio de entrevista, observação do comportamento, revisão do prontuário e avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.

Diagnóstico: O enfermeiro analisa os dados da avaliação para a determinação dos diagnósticos, a partir do reconhecimento e da identificação dos padrões de resposta a doenças psiquiátricas e problemas reais ou potenciais de saúde mental. Os diagnósticos se baseiam em sistemas de classificação aceitos, como a Nursing Diagnosis Classification (Classificação de Diagnósticos de Enfermagem) da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Um diagnóstico de enfermagem é uma declaração dos problemas de enfermagem do paciente, que inclui a resposta de saúde tanto adaptada quanto desadaptada e os estressores que contribuem para o problema (STUART; LARAIA, 2001, p.211).

Identificação dos Resultados: Os resultados esperados são derivados a partir do diagnóstico, de maneira individualizada. Devem ser identificados em conjunto com o cliente, definindo os objetivos mútuos, realistas e apropriadamente planejados em termos de tempo no relacionamento entre enfermeiro – cliente. O objetivo final é o de influenciar os resultados de saúde e melhorar o estado de saúde do cliente.

Planejamento: O enfermeiro elabora um plano de cuidado que prescreve intervenções para atingir os resultados esperados. Um plano de cuidado é usado para orientar sistematicamente as intervenções terapêuticas e atingir os resultados esperados, devendo ser sempre individualizado para cada indivíduo. O planejamento deve ser feito em conjunto com o cliente, seus familiares e a equipe de atendimento à saúde.

Implementação: O enfermeiro implementa as intervenções identificadas no plano de cuidado, usando uma grande variedade de intervenções que visam prevenir doenças mentais e físicas e promover, manter e restaurar a saúde mental e física. As intervenções devem ter como meta ajudar o cliente a desenvolver *insight* e resolver problemas pela execução de um plano positivo de ação.

Avaliação Final: O enfermeiro analisa o progresso do cliente em atingir os resultados esperados. É um processo contínuo de avaliação do efeito das intervenções de enfermagem e do regime terapêutico sobre o estado de saúde do cliente e os resultados esperados, validando o uso do processo de enfermagem na prestação do cuidado.

O relacionamento enfermeiro – cliente é o veículo para a aplicação do processo de enfermagem. A meta do cuidado de enfermagem é maximizar as interações positivas do cliente com o ambiente, promover o seu bem-estar e melhorar a percepção de si próprio. Assim, o conhecimento científico acerca do relacionamento terapêutico, das técnicas de comunicação, das áreas críticas e do exame do estado mental são os **Instrumentos Básicos do Enfermeiro em Saúde Mental**, possibilitando ao profissional os recursos indispensáveis para a sistematização da assistência de enfermagem. Além destes conhecimentos, é esperado na atualidade o conhecimento com grupos, os quais assumem um caráter interdisciplinar imprescindível nos novos espaços de atenção à saúde mental.

Relacionamento Terapêutico

A enfermagem como um conceito existe provavelmente desde o início do mundo civilizado, com a provisão de “cuidados” para os doentes ou enfermos por parte de qualquer pessoa no meio que tivesse tempo para administrá-los para aqueles em necessidade.

A relação enfermeiro – cliente é a base sobre a qual se estabelece a enfermagem psiquiátrica / de saúde mental, sendo uma experiência de aprendizagem mútua e emocional para cliente e enfermeiro. Para isso são necessários recursos como respeito, aceitação, afinidades, abordagem, considerando as diferenças étnicas e culturais, sendo o resultado de uma série de interações planejadas com propósito de ajudar o cliente. Nesta relação, cada um é afetado e, por sua vez, afeta o outro de diferentes formas; envolvem pensamentos, sentimentos, histórias de vida, comportamentos, na qual cada encontro entre profissional e cliente é um momento ímpar, singular, único, sendo visto como ponto de partida das interações subsequentes (TRAVELBEE, 1979, STUART; LARAIA, 2001).

Segundo Peplau (1991) citada por Townsend (2002, p.9),

é provável que o processo de enfermagem seja educativo e terapêutico quando a enfermeira e o paciente podem vir a conhecer e respeitar um ao outro, como pessoas que são semelhantes, e no entanto diferentes, como pessoas que participam em comum da resolução de problemas.

O relacionamento terapêutico tem como objetivos: auto-realização, auto-aceitação e incentivo de auto-respeito, favorecendo a definição da identidade pessoal e um nível intensificado de integração pessoal. Envolve a capacidade para formar um relacionamento íntimo, interdependente e interpessoal, com habilidades e recursos para se conhecer e socializar (STUART; LARAIA, 2001).

Uma característica vital da relação enfermeiro – cliente é o compartilhamento de comportamentos, pensamentos e emoções do cliente para com o profissional. Para atingir o objetivo terapêutico é necessário que o enfermeiro ultrapasse etapas e/ou fases da relação terapêutica. Quatro fases sequenciais do processo de relacionamento foram identificadas: fase prévia à interação ou de pré-interação; fase introdutória ou de orientação; fase de identidades emergentes; e fase de término da relação. Cada uma dessas fases é alicerçada na fase anterior e se caracteriza por tarefas específicas.

Técnicas de Comunicação Terapêutica

A comunicação humana é um processo dinâmico, influenciado pelas condições psicológicas e fisiológicas dos participantes no ambiente psiquiátrico. A existência de uma boa comunicação terapêutica possibilita a formação do relacionamento enfermeiro – cliente e a implementação do processo de enfermagem. É através da comunicação efetiva que o enfermeiro coleta dados, planeja atividades, implementa ações e avalia as respostas do cliente para o plano terapêutico. Hays e Larson (1963) citados por Townsend (2002) desenvolveram várias técnicas para auxiliar o enfermeiro a interagir de forma positiva e mais terapêutica com os clientes, descritas como



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

57



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

58

“procedimentos técnicos” executados pelo enfermeiro em psiquiatria e que devem ser seguidas para estimular o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Stefanelli (1993) enfatiza que, com o acadêmico de enfermagem, o cliente aprende a usar padrões mais aceitos de comunicação interpessoal e a fazer correções na sua comunicação. Assim, ao mesmo tempo em que ajuda o cliente, o estudante está servindo de modelo para ele. Com base em seus estudos, a autora classificou as técnicas de comunicação terapêutica em três grupos: de expressão; de clarificação; e de validação.

Os recursos que são utilizados no grupo de expressão referem-se às técnicas que ajudam a descrição das experiências e a expressão de pensamentos e sentimentos intrínsecos ao cliente. As técnicas são descritas, como sendo: permanecer em silêncio; ouvir reflexivamente; fazer perguntas; devolver a pergunta feita; verbalizar interesse; verbalizar aceitação; usar frases descritivas; usar frases incompletas; colocar em foco a idéia principal; permitir que escolha o assunto; verbalizar dúvidas; dizer não; e estimular a expressão de sentimentos subjacentes (STEFANELLI, 1993).

A clarificação ocorre quando o enfermeiro tenta colocar em palavras ideias ou pensamentos vagos que estão implícitos ou explícitos na fala do cliente, e isso se faz necessário porque as declarações sobre emoções e comportamentos raramente são claras. Neste grupo, estão: estimular comparações; solicitar que esclareça termos incomuns; e solicitar que precise o agente de ação (STEFANELLI, 1993).

No grupo de validação são introduzidas as técnicas que permitem a compreensão do significado do que é expresso pelo cliente, cabendo a validação da comunicação acompanhar todo o processo de relacionamento terapêutico. São elas: repetir a mensagem; pedir para repetir o que foi dito; e sumarizar o conteúdo da interação (STEFANELLI, 1993).

Áreas Críticas da Relação Enfermeiro – Cliente

Durante o relacionamento terapêutico, muitas situações podem ser criadas para dificultar a efetivação de uma relação enfermeiro – cliente, as quais podem inviabilizar a instalação ou manutenção do plano terapêutico, o que caracterizam as áreas críticas da relação profissional – cliente.

Estes impasses terapêuticos são bloqueios no progresso do relacionamento terapêutico, os quais por vários motivos provocam intensos sentimentos, tanto no enfermeiro quanto no cliente, que podem variar desde ansiedade e apreensão até frustração, raiva e ódio. Assim, o enfermeiro deve permitir ao cliente a expressão de sentimentos e emoções, identificando possíveis assuntos abordados que cause ansiedade, algum tipo de desconforto ou apreensão por parte deste (STUART; LARAIA, 2001).

Um estudo realizado por Estevam e Luis (2001) comprovou que a equipe de enfermagem frequentemente vivencia sentimentos de angústia e ansiedade, particularmente nos casos de rejeição por parte dos clientes, assim como sentimentos de impotência e incapacidade em manter um vínculo terapêutico, o que dificulta o relacionamento terapêutico. Desta forma, são necessários recursos e mecanismos por parte do profissional que contornem tais situações críticas, a fim de permitir uma melhor comunicação interpessoal e proporcionar cuidados de enfermagem específicos.

As áreas críticas da relação enfermeiro – cliente exigem que o profissional utilize as técnicas de comunicação terapêutica, a fim de manter e melhorar a comunicação interpessoal. Várias são as situações que dificultam o processo de comunicação, tais como: o cliente chora; o cliente fica isolado dos outros, não conversa com ninguém; o cliente diz coisas sem sentido; o cliente com alucinações; o cliente com delírios; o cliente diz não ser ele mesmo, mas sim outra pessoa; o cliente pede insistentemente a mesma coisa; o cliente repete sempre a mesma coisa; o cliente hiperativo; e o cliente com manifestações de agitação e agressividade (MINZONI, 1974).

Exame Clínico do Cliente Psiquiátrico

A assistência holística na enfermagem em saúde mental exige que o enfermeiro realize uma avaliação do estado de saúde biológica, psicológica e sociocultural do cliente, avaliando seu bem-estar, sua interação com o meio, seus questionamentos e indagações, dentre outros. O exame do estado mental é utilizado como instrumento na avaliação de qualquer cliente com um transtorno médico, neurológico ou psiquiátrico que afete o pensamento, as emoções ou o comportamento (STUART; LARAIA, 2001).

O exame mental nas consultas de enfermagem representa um corte transversal da vida psicológica do cliente, assim como um somatório das observações e das impressões do enfermeiro no momento, servindo de base para uma comparação futura, e acompanhamento do progresso do cliente (STUART; LARAIA, 2001).

Sendo assim, a capacidade em observar e pensar são recursos necessários durante a entrevista psiquiátrica / de saúde mental para o enfermeiro realizar o exame do estado

mental. O papel mais importante é ouvir e compreender o cliente, a fim de analisar as observações e as implicações clínicas de cada categoria do estado mental.

Segundo Stuart e Laraia (2001), o enfermeiro escuta com atenção o que foi dito e reflete sobre o mesmo, estruturando o processo de uma forma que permita a ampla exploração de sintomas óbvios ou de respostas desadaptadas de enfrentamento. Sendo assim, o cliente é observado através da comunicação verbal e não-verbal, de forma crítica, durante toda a consulta de enfermagem.

As informações obtidas durante o exame do estado mental são usadas junto com outros dados, objetivos e subjetivos, que incluem os achados do exame físico, resultados de exames laboratoriais, história do cliente, descrição do problema apresentado e informações obtidas com a família, com os responsáveis pelos cuidados e com outros profissionais da saúde.

No exame mental são avaliados vários aspectos, desde a aparência geral, o comportamento motor, a fala, o estado afetivo / humor, o pensamento, as percepções, a memória, a orientação, o julgamento e as necessidades humanas básicas, verificando-se tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos (JARVIS, 2002).

Sendo assim, o exame do estado mental deve ser realizado nas consultas de enfermagem, tendo como abordagens básicas os tópicos acima mencionados. Esta análise serve de base para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, ao serem identificados problemas potenciais para posteriores implementações de enfermagem.

Trabalho com Grupos

Os profissionais de saúde não só compartilham sua vida pessoal com grupos de pessoas como também se deparam com múltiplas situações de grupo em sua atuação como profissional. Com o trabalho de grupo, não só o enfermeiro tem a oportunidade de atingir um maior número de pessoas num dado momento, como esses indivíduos também se ajudam uns aos outros, trazendo ao grupo e compartilhando com ele seus sentimentos, opiniões, idéias e comportamentos.

Clark (1987) citado por Townsend (2002) identifica quatro tipos de grupos em que o enfermeiro participa mais frequentemente, quais sejam:

Grupos de Tarefa: a função básica destes grupos é de realizar um objetivo ou tarefa específica. O foco é a resolução de problemas e a tomada de decisões para alcançar este objetivo.

Grupos de Ensino: existem para transmitir conhecimentos e informações a vários indivíduos. O enfermeiro pode se envolver em grupos de ensino de muitos tipos, como de orientação quanto à medicação e atividades de educação em saúde.

Grupos de apoio/terapêuticos: o principal interesse destes grupos é evitar aborrecimentos futuros, trabalhando com os participantes maneiras eficazes de lidar com o estresse emocional.

Grupos de Autoajuda: servem para diminuir as possibilidades de um maior distúrbio emocional, ocasionando uma patologia e um tratamento obrigatório.

O enfermeiro que opera como líder de grupo deve ser capaz de estudar o grupo e participar nele ao mesmo tempo, monitorando constantemente e, sempre que necessário, ajudar o grupo a atingir seus objetivos. As qualidades de um enfermeiro eficiente no papel de líder são as mesmas consideradas importantes no relacionamento terapêutico. Enquanto escuta o que os membros do grupo dizem, o líder também precisa estar alerta para o processo do grupo, as percepções dos participantes, o sentido da mensagem que está sendo transmitida, o comportamento do grupo e de mostrar aos membros como estes estão relacionados a temas individuais. O líder também precisa ter habilidades de comunicação assertiva para poder apoiar a independência no grupo, mas também precisa ajudar o grupo a manter o foco para alcançar seus objetivos (STUART; LARAIA, 2001).

De acordo com Stuart e Laraia (2001), os membros do grupo possuem muitas bagagens e devem lidar com suas preferências, antipatias, semelhanças, diferenças, inveja, timidez, agressividade, medo, atração e competitividade. Tudo isso ocorre num contexto dinâmico, sendo necessária uma liderança cuidadosa, que faça os membros do grupo dar e receber um *feedback* sobre o significado e o efeito de suas várias interações uns com os outros.

Também é fundamental que o líder seja capaz de organizar uma grande quantidade de informações e de identificar temas para a sessão, como também é necessário o líder enfermeiro ter senso de humor para conduzir e harmonizar o grupo.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

59



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

60

REFERÊNCIAS:

ESTEVAM, S. A. V.; LUIS, M. A. V. Opção pela enfermagem psiquiátrica: depoimentos de enfermeiros de uma unidade psiquiátrica de hospital geral. **Rev. Nursing**, n.40, p.25-9, set., 2001.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. Tradutor *et al*: Fernando Diniz Mundim *et al*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MINZONI, M. A. **Assistência ao doente mental**. Ribeirão Preto: Guarani, 1974.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993. (Série enfermagem).

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e práticas. Traduzido por Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidados. Traduzido por Fernando Diniz Mundim; Isabel Cristina Fonseca da Cruz. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica**: el proceso de la relacion de persona a persona. s.l: Organización Pan-Americana da Saúde, 1979.

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Cecylia Kátia Limaverde Pessoa,
Fátima de Maria Sales Sanford e
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias

OBJETIVO:

Identificar as técnicas de comunicação, inserindo-as no relacionamento terapêutico com a clientela.

A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática da enfermagem e cria oportunidade de aprendizagem para o cliente, podendo despertar sentimento de confiança entre cliente e profissional. Portanto, é a habilidade do enfermeiro em utilizar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a enfrentar seus problemas, a conviver com os demais, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios à auto realização.

As técnicas de comunicação terapêutica foram estudadas e descritas por Hays e Larson (1963) para serem utilizadas como estratégias ou guias em situação interpessoal com o cliente, de modo individualizado. Estas são instrumentos que facilitam o relacionamento terapêutico e o alcance dos seus objetivos (TOWNSEND, 2002).

Stefanelli (1993) enfatiza que as técnicas são linhas gerais de ação. Estas devem ser utilizadas pelo enfermeiro com conhecimento e criatividade, sendo particularizadas para cada situação específica. Com base em seus estudos, a autora classificou as técnicas de comunicação em três grupos: de expressão, de clarificação e de validação.

GRUPO DE EXPRESSÃO

Técnicas que ajudam à descrição das experiências de vida e a expressão de pensamentos e sentimentos.

- 1. PERMANECER EM SILÊNCIO:** É estar atento ao comportamento não verbal do cliente. Justificativa: estimular o cliente a se expressar; denotar estar pronto para ouvi-lo; ou demonstrar respeito pela sua intimidade.
- 2. OUVIR REFLEXIVAMENTE:** É indispensável para que o cliente se envolva no relacionamento terapêutico. Justificativa: pensar com atenção sobre o que ele diz; ou compreender o que está sendo dito.
- 3. FAZER PERGUNTA:** É usada para conhecer acerca do cliente. Deve-se evitar "baterias de perguntas", bem como aquelas que permitam respostas como "sim" ou "não". Justificativa: encorajar a verbalização de ideias; obter informações específicas; ou ajudar a descrever sobre suas experiências de vida.
- 4. DEVOLVER A PERGUNTA FEITA:** É transmitir ao cliente a ideia de que o seu ponto de vista é o mais importante. Justificativa: encorajar o cliente a explorar e aceitar suas próprias ideias; ou promover a sua confiança e segurança.
- 5. VERBALIZAR INTERESSE:** É demonstrar que percebe o cliente e o que ele faz, revelando que se importa com ele e com as atividades que realiza por mínimas que sejam. Justificativa: fazer o cliente se sentir respeitado como pessoa; desenvolver sua auto-estima; ou recobrar sua identidade.
- 6. VERBALIZAR ACEITAÇÃO:** É aceitar que este expresse seus pensamentos sem demonstrar aprovação ou desaprovação. Justificativa: deixar o cliente livre para falar; ou compreender o comportamento expresso.
- 7. USAR FRASES DESCRITIVAS:** É usada para explicar ao cliente rotinas do serviço, orientar acerca de procedimentos de enfermagem ou promover educação em saúde. Justificativa: fornecer explicações; dar orientações; ou educar para a saúde.
- 8. USAR FRASES INCOMPLETAS:** É útil quando o rumo da conversa é desviado ou o diálogo é interrompido por longas pausas. Justificativa: auxiliar o cliente a manter-se no assunto; ou ajudar a refletir sobre o assunto.
- 9. COLOCAR EM FOCO A IDÉIA PRINCIPAL:** É usada quando o cliente aborda problemas importantes que geram ansiedade e muda o assunto para outro não relevante. Justificativa: ajudar o cliente a aprofundar-se sobre o assunto de real interesse; ou facilitar a exploração de seus pensamentos e sentimentos.
- 10. PERMITIR QUE ESCOLHA O ASSUNTO:** É oferecer oportunidade para o cliente falar assuntos ainda não explorados, centrando-se nos seus problemas e necessidades. Justificativa: estimulá-lo a participar como elemento ativo na interação; ou desenvolver seu senso de responsabilidade em relação ao seu plano terapêutico.
- 11. VERBALIZAR DÚVIDAS:** É usada quando o profissional percebe que o cliente distorce a realidade dos fatos sobre suas experiências de vida; devido distúrbios do pensamento. Justificativa: ajudar o cliente a perceber que sua descrição da experiência está confusa; ou auxiliar a reorganizar seus pensamentos e sentimentos.



RUA ALBERTO
 MAGNO, 300
 BAIRRO MONTESE
 FORTALEZA/CEARÁ
 60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

61



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

62

12. DIZER NÃO: É útil quando o cliente exige privilégios ou pede algo que não se pode fazer ou atender. Justificativa: ajudar o cliente a aprender a lidar com os limites; auxiliar a aceitar as rotinas do serviço.

13. ESTIMULAR A EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS SUBJACENTES: É descobrir os sentimentos perturbadores ainda não manifestados que dificultam o entendimento das experiências de vida. Justificativa: tornar explícitos os anseios não expostos; ou revelar as emoções conflituosas não declaradas.

GRUPO DE CLARIFICAÇÃO

Técnicas que ajudam o enfermeiro a esclarecer o que for expresso pelo cliente.

1. ESTIMULAR COMPARAÇÕES: É útil para confrontar situações anteriormente vividas pelo cliente, descobrindo semelhanças e diferenças entre suas próprias experiências. Justificativa: ajudar o cliente a renovar a confiança em suas forças; ou auxiliar a chegar ao por que do problema que vivencia.

2. SOLICITAR QUE ESCLAREÇA TERMOS INCOMUNS: É usada quando o cliente usa termos de difícil compreensão ou quando usa um termo estranho ao vocabulário comum (neologismo). Justificativa: ajudar o cliente a reformular seus pensamentos; ou auxiliar a descrever suas percepções.

3. SOLICITAR QUE PRECISE O AGENTE DE AÇÃO: É usada quando o cliente usa pronomes indefinidos ou coletivos como "nós", "eles", "todos", "ninguém". Justificativa: ajudar o cliente a aprender a falar com precisão e clareza; ou auxiliar a ser menos vago em suas ideias.

GRUPO DE VALIDAÇÃO

Técnicas que permitem a compreensão do significado do que é expresso pelo cliente.

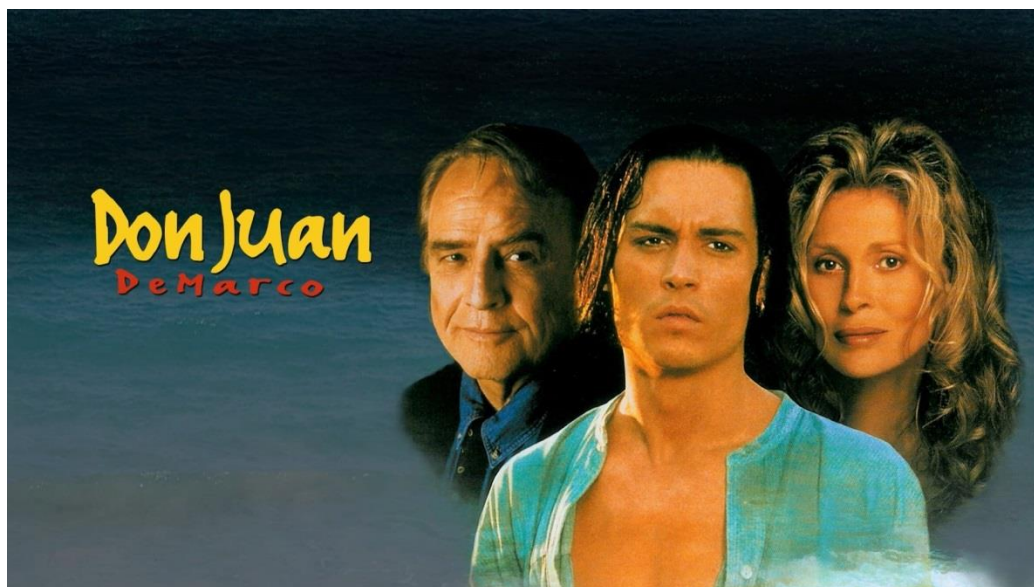
1. REPETIR A MENSAGEM: É útil para avaliar se a mensagem recebida pelo profissional tem o mesmo significado para o cliente. Justificativa: validar as informações recebidas.

2. PEDIR PARA REPETIR O QUE FOI DITO: É usada quando o profissional oferece ao cliente oportunidade de reconsiderar o conteúdo da fala e fazer correções se necessário. Justificativa: validar se a mensagem é comum a ambos.

3. SUMARIZAR O CONTEÚDO DA INTERAÇÃO: É a síntese do que foi tratado no encontro, validando o todo da interação, podendo ser utilizada no início ou no final da conversação. Justificativa: concentrar sua atenção nos principais tópicos tratados.

DEBATE A CENA:

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA SAÚDE MENTAL CLIQUE NA IMAGEM...



REFERÊNCIAS:

- STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com paciente:** teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993. (Série enfermagem).
- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica:** princípios e práticas. Traduzido por Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.
- TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica:** conceitos de cuidados. Traduzido por Fernando Diniz Mundim; Isabel Cristina Fonseca da Cruz. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO ENFERMEIRO – CLIENTE



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Cecylia Kátia Limaverde Pessoa,
Fátima de Maria Sales Sanford e
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias

OBJETIVO:

Conhecer os princípios da comunicação terapêutica, utilizando-os no relacionamento interpessoal com a clientela, família e comunidade.

O relacionamento de pessoa a pessoa é uma meta a alcançar. É o resultado de uma série de interações planejadas com um propósito entre o enfermeiro e o cliente. É uma experiência de aprendizagem para ambos os participantes; ocasião em que os dois sofrem mudanças e desenvolvem suas capacidades interpessoais; cada um é afetado e, por sua vez, afeta os pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro; cada encontro é único e original e pauta-se na singularidade; cada encontro é definitivo e representa o ponto de partida para as interações subsequentes.

FASES DO RELACIONAMENTO:

1. Fase prévia à interação ou de pré-interação;
2. Fase introdutória ou de orientação;
3. Fase de identidades emergentes;
4. Fase de término da relação.

1. FASE PRÉVIA À INTERAÇÃO OU DE PRÉ-INTERAÇÃO:

- Observação à distância – o enfermeiro colhe suas primeiras impressões.
- Única fase na qual o cliente é excluído como participante ativo e igual.
- Inclui tudo o que o enfermeiro pensa, sente ou faz antes da primeira interação com o cliente.
- O enfermeiro apresenta-se ou é apresentado ao cliente, ou seja, ele escolhe ou é selecionado para iniciar um relacionamento enfermeiro – cliente.
- Termina depois da primeira interação, porém, em certo sentido, precede cada contato que o enfermeiro tem com o cliente.

OBJETIVOS:

- Desenvolver a capacidade de dar-se conta de seus pensamentos e sentimentos (medo, ansiedade, angústia) antes da interação;
- Conscientizar-se dos seus pensamentos e sentimentos relacionados ao fato de escolher ou ser designado a um determinado cliente;
- Tomar decisões acerca da forma como deve interagir com o cliente e do que pretende alcançar (metas) nas interações.

2. FASE INTRODUTÓRIA OU DE ORIENTAÇÃO:

- Inicia-se quando dois seres humanos estranhos se encontram pela primeira vez e começam a se conhecer, através do diálogo. O que se diz ao cliente e como se diz está determinado pelo propósito. Quais são os objetivos do enfermeiro? O que quer conseguir?
- No processo de enfermagem, esta é a etapa inicial de avaliação, em que o enfermeiro, por meio de entrevista, colhe várias informações sobre a história de vida e as problemáticas psiquiátricas / de saúde mental do cliente, avaliando suas necessidades de atenção.
- O principal obstáculo desta fase está relacionado com a maneira como o enfermeiro e o cliente se percebem reciprocamente, pois um pode ver o outro como um ser estereotipado ou como uma réplica de alguma outra pessoa significativa de seu passado, desenvolvendo suposições mútuas, o que dificulta a percepção da singularidade.
- Mediante o uso das técnicas de comunicação, o enfermeiro mantém com o cliente um diálogo profissional, trabalhando ao nível de compreensão do cliente, procurando entender suas problemáticas diante de suas experiências de vida.
- O enfermeiro informa o cliente sobre as razões para a interação e discutem seus papéis respectivos. A interpretação de papéis é um processo contínuo que não termina durante esta fase em particular. Talvez o enfermeiro tenha que reinterpretar seu papel e suas funções muitas vezes durante as interações seguintes.
- Fase que se caracteriza pela formação de um pacto ou acordo entre o enfermeiro e o cliente para trabalharem juntos, informando-lhe acerca do caráter confidencial dos diálogos (ética). Por vezes, várias interações são necessárias para torná-los aptos a passarem à fase seguinte.
- Desde o início, prepara-se o cliente para o término provável da relação terapêutica. Esta fase termina quando ambos começam a se perceber como seres humanos únicos (singulares).

OBJETIVOS:

- Esforçar-se por aumentar sua capacidade de observação, visando compreender como o cliente percebe seus problemas;



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

63



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

64

- Ajudar o cliente a descrever os problemas presentes, permitindo a expressão de seus pensamentos e sentimentos;
- Auxiliar o cliente a comunicar-se e, ao mesmo tempo, tratar de melhorar sua própria habilidade para comunicar-se efetivamente.

3. FASE DE IDENTIDADES EMERGENTES:

- Inicia-se quando o enfermeiro e o cliente superam (em parte) os obstáculos da fase de orientação. Durante esta fase, com a redução da angústia, o enfermeiro pode ser capaz de sair-se de si mesmo e focar o ser humano doente e suas dificuldades.
- Características: o enfermeiro e o cliente começam a se perceber mutuamente como seres humanos singulares; ambos se conhecem cada vez mais; o cliente adquire segurança e confiança no profissional; o enfermeiro sente-se tranquilo para lidar com o cliente.
- Nesta fase, dentro do processo de enfermagem, o enfermeiro realiza o plano terapêutico, delineando os diagnósticos de enfermagem, definindo os objetivos mútuos em conjunto com o cliente (identificação dos resultados), prescrevendo intervenções de enfermagem (planejamento) e executando-as em ações realistas e positivas (implementação), analisando, progressivamente, os resultados esperados (avaliação).
- O resultado desta fase é alcançado quando o cliente teve oportunidade de interagir com uma pessoa sensível e preparada, que não teve medo de se mostrar como ser humano e que não é acusadora, condenadora e juíza de sua conduta.
- Termina quando se tem estabelecido a relação terapêutica, atingindo-se os resultados esperados, e faz-se necessário finalizar o relacionamento de pessoa a pessoa.

OBJETIVOS:

- Ajudar o cliente a superar dificuldades e enfrentar os problemas presentes, diferenciando entre os problemas que ele pode resolver e aqueles que não mudarão como resultado da interação enfermeiro – cliente;
- Ajudar o cliente a entender como se comporta socialmente, reconhecendo o efeito que tem seu comportamento sobre aqueles com os quais interage e provando novos padrões de comportamento;
- Ajudar o cliente a se descobrir e a encontrar um significado na doença, verbalizando, identificando a causa e o efeito e percebendo sua participação nas experiências de vida.
- Ajudar o cliente a integrar-se nas atividades de grupo, na dinâmica familiar e na comunidade, socializando-se positivamente com os demais.

4. FASE DE TÉRMINO DA RELAÇÃO:

- Desde o primeiro contato, o enfermeiro prepara o cliente para o término da relação, dizendo o número de dias que estará interagindo com ele e durante quanto tempo.
- O enfermeiro prepara o cliente psicologicamente para a conclusão do relacionamento, bem como a si mesmo, possibilitando que o cliente expresse abertamente seus pensamentos e sentimentos acerca do término (abandono, raiva, tristeza, indiferença...).
- No processo de enfermagem, esta é a etapa de avaliação final, que permite uma abordagem dinâmica da prestação do cuidado, avaliando-se as intervenções efetivadas e os resultados esperados.
- O enfermeiro averigua os pensamentos e sentimentos do cliente com respeito à experiência do relacionamento terapêutico, avaliando as mudanças alcançadas junto ao cliente, à família e à comunidade.

OBJETIVOS:

- Averiguar o progresso do cliente durante o relacionamento terapêutico, analisando os resultados esperados junto com ele.
- Avaliar o efeito das intervenções de enfermagem na vida do cliente, validando o uso do processo de enfermagem na prestação do cuidado.

OBS.: Não há nenhum método específico que se possa usar para assegurar que os participantes da interação venham a se sentir cômodos com o término. O que foi iniciado deve ser concluído; o término é o final. Por outro lado, é um começo, já que ambos os participantes continuarão outras experiências da vida. Desta forma, espera-se que as experiências compartilhadas pelos dois tenham-lhes enriquecido como seres humanos.

REFERÊNCIAS:

- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. Traduzido por Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.
- TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Traduzido por Fernando Diniz Mundim; Isabel Cristina Fonseca da Cruz. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona**. s.l.: Organización Pan-Americana da Saúde, 1979.

ÁREAS CRÍTICAS DA RELAÇÃO ENFERMEIRO – CLIENTE



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Cecylia Kátia Limaverde Pessoa,
Fátima de Maria Sales Sanford e
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias

OBJETIVO:

Identificar as principais dificuldades vivenciadas nos relacionamentos terapêuticos acadêmicos – clientes, permitindo uma melhor comunicação interpessoal e proporcionando cuidados de enfermagem específicos.

1. O CLIENTE CHORA: Dentre os motivos que levam um cliente a chorar, os mais frequentes são a depressão ou alguma coisa no ambiente que o deixou triste. Ele pode estar triste por não ter conseguido adaptar-se à rotina do serviço; não aceitar o tratamento; ter sido magoado por alguém; sentir-se rejeitado ou não compreendido pela família.

Apesar de provocar ansiedade no estudante, é importante deixar o cliente chorar e lhe proporcionar um ambiente mais isolado para que possa manifestar livremente seus sentimentos. O estudante deve permanecer em silêncio ao lado do cliente, enquanto este chora, demonstrando respeito pela sua intimidade; após, deve fazer perguntas, visando obter informações específicas do cliente sobre as causas do choro.

2. O CLIENTE FICA ISOLADO DOS OUTROS; NÃO CONVERSA COM NINGUÉM: Isolamento é um recurso muito usado pelo cliente, seja devido à alucinação, ao delírio, ao medo ou a uma dificuldade interna para relacionar-se com as pessoas. Geralmente, o cliente que se isola é encontrado sozinho, afastado dos outros, não conversa, só responde o que lhe perguntam e, quase sempre, com monossílabos ou frases curtas.

O aluno deve fazer perguntas, visando encorajar a verbalização de ideias; deve verbalizar interesse, fazendo-o se sentir respeitado como pessoa, estimulando-o a ficar junto de outros clientes nas atividades de grupo, sem forçá-lo há permanecer muito tempo.

3. O CLIENTE DIZ COISAS SEM SENTIDO: As coisas que o cliente diz são incompreensíveis, pois as frases não têm sentido, são truncadas ou com palavras que não existem. Sintoma frequente em fase aguda de doença psiquiátrica.

O estudante deve solicitar que esclareça termos incomuns, ajudando-o a reformular seus pensamentos; deve pedir para repetir o que foi dito, para validar se a mensagem é comum a ambos.

4. O CLIENTE COM ALUCINAÇÕES: Alucinações são falsas percepções sensoriais, independentes de estímulos ambientais. Ex. auditivas, visuais, táteis, olfativas, gustativas, cinestésicas e cenestésicas.

Auditivas: o sujeito ouve vozes, ruídos, melodias, que não existem na realidade. As vozes podem conversar entre si, comentar seus atos e pensamentos, dar-lhe ordens, insultá-lo...

Visuais: o indivíduo pode enxergar vultos, pessoas já mortas, insetos pequenos, animais gigantes, assustadores...

Táteis: são frequentes as sensações de formigamento na pele, como se pequenos animais estivessem passeando pelo corpo; outras sensações de estar sendo cortado, esfaqueado...

Olfativas e Gustativas: consistem em falsos odores e gostos, geralmente desagradáveis, que se fazem presentes durante a alimentação.

Cinestésicas: estão relacionadas a espaço e movimento. O indivíduo afirma que seu braço se levanta, suas pernas se mexem, seus músculos da fonação estão falando, sem que isso realmente aconteça. Também pode ocorrer a sensação de modificação do tamanho e forma do corpo.

Cenestésicas: dizem respeito à sensibilidade interna, das vísceras e órgãos do corpo. O indivíduo diz sentir seu corpo morto, seus órgãos podres ou seu coração parado.

O TÉCNICO deve ouvir reflexivamente, visando compreender o que está sendo dito; deve verbalizar dúvidas, a fim de ajudar o cliente a perceber que sua descrição da experiência está confusa; deve verbalizar interesse com intuito de recobrar sua identidade ao vivenciar situações reais no relacionamento terapêutico e nas atividades de grupo, desconectando-o do processo alucinatório.



RUA ALBERTO MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

65



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

66

5. O CLIENTE COM DELÍRIOS: Delírios são ideias em desacordo com a realidade, que compõem uma crença falsa, da qual o cliente possui extrema convicção e que é irremovível pela experiência do indivíduo. Ex. de perseguição; de ciúme; de grandeza; de referência; de influência; de ruína; de desvalia; místico; de culpa...

Delírio de Perseguição: o cliente fala que as pessoas pretendem prejudicá-lo ou que ficam falando dele; pode expressar medo de estar sendo perseguido, de ser envenenado e conta como agem seus "inimigos". Afirma que desejam lhe fazer mal fisicamente (mata-lo, feri-lo, torturá-lo).

Delírio de Ciúme: o indivíduo é acometido pelo temor e desconfiança em relação ao cônjuge ou companheiro, o qual passa a agir em função da crença de traição, vigiando e investigando em segredo os atos da outra pessoa.

Delírio de Grandeza: o cliente pode se apresentar muito falante, contando como tem sido bem sucedido na vida e relacionando uma porção de coisas que lhe pertencem: casas, sítios, gado... Outras vezes, relaciona amizades de pessoas bem situadas socialmente; afirma ter capacidades, dons...

Delírio de referência: ideia de que acontecimentos externos dirigem-se ao indivíduo. Ex. um programa de TV refere-se diretamente a ele; um grupo que ri na esquina faz escárnio dele. (Também chamado de delírio de relação ou de alusão).

Delírio de influência: crença de que forças externas ao indivíduo o estão controlando, manipulando ou influenciando. Seus pensamentos, seus atos, são provocados por algo de fora, e não por ele próprio.

Delírio de ruína: o cliente acredita-se em um estado de extrema pobreza, carente dos mínimos bens indispensáveis à subsistência, isso não correspondendo à realidade.

Delírio de desvalia: aqui o cliente diz de si que não possui valores, afirma que é incapaz, defeituoso, feio, inútil...

Delírio místico: o indivíduo apresenta ideias de conteúdo religioso, relacionadas a divindades, espíritos, santos, Deus ou o Demônio, que geralmente vêm acompanhadas de um estado de êxtase intenso.

O estudante deve ouvir reflexivamente, pensando com atenção sobre o que ele diz; deve verbalizar dúvidas, auxiliando-o a reorganizar seus pensamentos e sentimentos; estimular a expressão de sentimentos subjacentes, visando tornar explícitos os anseios não expostos.

6. O CLIENTE DIZ NÃO SER ELE MESMO, MAS SIM OUTRA PESSOA: O cliente costuma dizer que seu nome não é aquele que as pessoas dizem, mas é outro e cita o novo nome. Outras vezes ele afirma que seus pais não são aqueles e cita outros nomes para eles.

O TÉCNICO deve pedir para repetir o que foi dito, validando se a mensagem é comum a ambos; deve usar frases descritivas, não desmentindo o cliente, porém mostrando-lhe uma realidade diferente, afirmando que deve chamá-lo de acordo com o registro no prontuário, visando educá-lo para a saúde.

7. O CLIENTE PEDE INSISTENTEMENTE A MESMA COISA: Comportamento comum em clientes internados, sendo frequentes os pedidos para ver o médico, tomar um remédio, telefonar ou ver a família. O aluno deve procurar entender nos pedidos insistentes que tipo de comunicação ele quer fazer, verificando se há necessidade de real satisfação. Quando se observar que o cliente está muito ansioso, provavelmente atrás desse pedido encontram-se manifestações de desejos inconscientes mais importantes.

O estudante deve dizer não, quando o cliente exige privilégios ou pede algo que não se pode fazer ou atender, ajudando-o a aprender a lidar com os limites; deve usar frases incompletas, visando ajudá-lo a refletir sobre o assunto.

8. O CLIENTE REPETE SEMPRE A MESMA COISA: A repetição envolve um sintoma e indica uma necessidade do cliente, sendo comum repetir a mesma história, contar fatos de sua vida, ou relembrar coisas do passado.

O aluno deve ouvir reflexivamente acerca de sua vida, buscando compreender o que está sendo dito; deve fazer perguntas, visando obter novas informações sobre as situações vividas.

9. O CLIENTE HIPERATIVO: A hiperatividade é o aumento da atividade de uma maneira geral, fazendo com que o cliente se torne muito ativo – pula, dança, anda, mexe com os outros, etc. Pode acontecer nos quadros maníacos, nas agitações catatônicas (esquizofrenia) e nos estados de ansiedade extrema.

O estudante deve verbalizar aceitação, visando compreender o comportamento expresso; deve permanecer em silêncio, denotando estar pronto para ouvi-lo.

10. O CLIENTE COM MANIFESTAÇÕES DE AGITAÇÃO E AGRESSIVIDADE:

A agitação comporta dois aspectos: um motor, no qual a pessoa agitada se movimenta excessivamente; outro psicológico, que repercute em todas as funções psíquicas e no qual parece que a pessoa só percebe o que a interessa ou a excita. A agitação pode ou não estar acompanhada de agressividade. Nem toda pessoa que apresenta manifestações de agitação torna-se agressiva.

A agressão é uma desorganização de pensamentos, sentimentos e ações específicas que são mobilizadas de uma barreira a um desejo ou necessidade e com o objetivo de removê-la direciona a manifestações de comportamento. Existe a:

- Auto-agressividade: atos agressivos contra si próprio. Tal sintoma pode manifestar-se na forma de automutilação ou, num grau extremo, ação suicida.
- Heteroagressividade: prática de atos agressivos contra outrem. Quando põe em risco a vida do indivíduo ou intenta fazê-lo caracteriza uma ação homicida.

Ao conversar com o mesmo, o estudante deve colocar em foco a idéia principal, facilitando a exploração de seus pensamentos e sentimentos; deve estimular comparações, auxiliando-o a chegar ao por que do problema que vivencia.

OBS. Tudo o que acontece com o cliente que expresse mudanças positivas ou negativas em seu comportamento deve ser registrado no prontuário e, tanto quanto possível, devem ser anotadas suas falas – expressões ou frases, no relatório de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- MINZONI, Maria A. **Assistência ao doente mental**. Ribeirão Preto: Guarani, 1974.
- OLIVEIRA, José M.; LIMA, Roberto P. **O exame do estado mental**. Pelotas: Universitária - UFPel, 2000.
- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. Traduzido por Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.
- TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Traduzido por Fernando Diniz Mundim; Isabel Cristina Fonseca da Cruz. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

67



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

68

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO FAMILIAR



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Cecylia Kátia Limaverde Pessôa,
Fátima de Maria Sales Sanford e
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias



OBJETIVOS:

**Conhecer a dinâmica familiar e sua influência na saúde mental.
Refletir sobre as intervenções de enfermagem no âmbito da família e da comunidade.**

SISTEMA FAMILIAR:

A família, como organização social e sistema social, tem uma história. Ao longo dessa história, ela se transforma, muda. Embora pareça uma instituição estável, a família é uma instituição dinâmica que se modifica de acordo com as novas situações e exigências sociais, culturais e econômicas.

O sistema família passa por alterações em vários momentos de sua existência, não apenas em relação ao seu tamanho, mas, também, em seu modo de funcionar, tendo que se adaptar, de acordo com as circunstâncias internas e externas:

- **Internas:** o nascimento de um filho, a morte de um familiar (pai, mãe, avós...), abandono, bem como o contexto específico em que se dão as relações entre os seus membros.
- **Externas:** o desemprego, um acidente grave com um dos seus membros ou algum tipo de violência.

As circunstâncias internas e externas interferem muito na vida familiar. Mexem tanto que a família pode até ficar desorientada. Entre a situação anterior e a nova situação, a família vive um momento de transição, até se adaptar novamente. Isso leva a um período de crise.

A crise é uma condição que está presente em todos os sistemas, inclusive, no sistema familiar. O conhecimento que a família tem de si própria facilita muito as coisas. Seus membros precisam saber que pertencem a um sistema. E que a família, por ser um sistema:

- é dinâmica;
- todos os seus membros se relacionam entre si;
- todos necessitam de ajuda, precisam ser ajudados;
- é dotada de finalidade, orientando-se por objetivos;
- protege-se das ameaças e de tudo que tenta desestruturá-la ou desorganizá-la;
- é capaz de criar, renovar, transformar-se e ser feliz.

Noção de Reciprocidade: dar e receber ou receber e dar.

Reciprocidade significa dar e receber respeito, afeto e atenção. Trocar serviços, trocar energia, trocar informações. Participar, de forma igualitária, da circulação dos bens materiais e culturais do seu grupo. Se uma pessoa acumula saber, dinheiro e informação, e não faz

nada disso circular, é como uma pessoa que fica com a perna inchada, dolorida, porque a circulação do sangue está parada. Todo o corpo sofre e a pessoa caminha com dificuldade. A falta de partilha gera doença, sofrimento para o indivíduo e seu grupo.

A família é um sistema constituído, não somente por pessoas, mas, também, por algo muito importante que são as relações entre essas pessoas. Por isto, é necessário estar sempre atento para o que está acontecendo nas famílias:

<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas se gostam ou se detestam? • Há respeito entre elas ou não? • Todos colaboram nas tarefas de casa? • Existe briga, discussão, conflitos? • Existe alguém que quer ser o melhor? • Quem não quer fazer nada? • Quem quer controlar a situação? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quem contribui ou não com as despesas? • Como cada um expressa aquilo que é? • Como é que cada um vê a maneira de ser do outro? • Como as pessoas se comunicam? • Como dividem as funções domésticas e afetivas? • Como expressam os sentimentos? • Como se distribui o poder dentro da família?
---	--

A família é uma unidade social ou um sistema formado por um grupo de pessoas, não só com redes de parentesco, mas, fundamentalmente, com laços de afinidade, afeto e solidariedade, que vivem juntos e trabalham para satisfazer suas necessidades comuns e solucionar os seus problemas. A importância da família, para cada um dos seus membros, está, não só, nas funções que ela desempenha na sociedade, mas na intermediação entre o indivíduo e a sociedade.



FUNÇÕES DA FAMÍLIA:

Organizar a Reprodução:

- Estabelecer relações de paternidade e maternidade;
- Definição do papel de pai, mãe, irmãos, avós, outro; e
- Preservação do patrimônio biológico e social.

Organizar a Vida Econômica:

- À procura de alimento mobiliza a maior parte da energia da família.
- A aprendizagem relativa ao planejamento econômico familiar dos gastos, em relação aos ganhos da família.

Valorizar a Vida Profissional:

- Participação dos membros nas decisões econômicas.
- A relação de apoio e aprendizado acontece quando existem participação e divisão de papéis sociais, todos importantes.
- As tarefas distribuídas e vivenciadas favorecem a formação de regras de comportamento, sendo, uma delas, o aprendizado dos limites e da importância dos valores.
- As ações conjuntas e os mutirões familiares são alternativas para potencializar as funções da família numa sociedade em transformação.

Conferir uma Identidade Social:

- Dá um nome a seus membros;
- Oferece uma condição socioeconômica;
- Define o lugar que cada um ocupa nas relações sociais (*status*).

Promover a Socialização:

- Troca de aprendizagens e estímulos dos potenciais de cada um;
- Integração dos filhos no mundo;
- Relacionamento afetivo e troca de carinho;
- Aprendizagem de critérios de avaliação e seleção das relações sociais;
- Preparação para a vida em sociedade.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

70

PADRÕES FAMILIARES:

FAMÍLIA CENTRAL:

- Consiste de marido e esposa e, talvez, um ou mais filhos.
- A presença de filhos afeta as condições de vida e recursos econômicos da família.
- A falta de filhos pode levar o marido e a esposa a procurarem aconselhamento e assistência de saúde.
- Quando a família central não se integra, o profissional deve ajudá-la a encontrar apoio por outros meios, como a família abrangente ou amigos.

FAMÍLIA MISTA:

- Formada quando os pais trazem filhos de casamentos anteriores para uma nova situação de convivência conjunta.
- A natureza das situações de convivência anteriores e o grau de adaptação à mudança afetam a saúde.
- O estresse relativo ao novo padrão familiar formado pode afetar a saúde mental de seus membros.

FAMÍLIA ABRANGENTE:

- Incluem parentes (tios, avôs, primos), além da família central.
- Quanto mais próxima for a família abrangente, maior influência terá sobre a assistência de saúde.
- Provê uma base diversificada de apoio para seus membros que necessitem de assistência de saúde.

FAMÍLIA COMUNITÁRIA:

- Seus membros podem não ser parentes, mas compartilham de associações religiosas, convivências econômicas, ideologia, objetivos de auto-suficiência ou o desejo de viver numa situação de família abrangente.
- A estabilidade dos relacionamentos nessa família e as práticas para a educação dos filhos afetam a saúde.
- Mudanças bruscas em relação aos seus membros podem causar estresse nos filhos.

FAMÍLIA COM UM ÚNICO PROGENITOR:

- Formada quando um dos pais está ausente na família central por morte, divórcio ou abandono do lar.
- As circunstâncias da ausência determinam o impacto exercido sobre a família; hoje, a causa mais comum é o divórcio.
- A redução dos recursos financeiros afeta a saúde dos seus membros.
- A saúde emocional também pode estar em risco.

OUTROS PADRÕES FAMILIARES:

- Algumas situações de convivência (coabitação, homossexualismo) podem ou não ser consideradas como um padrão familiar.
- Algum grau de permanência é necessário para que um relacionamento seja considerado uma família.
- Questões de saúde concentram-se na estabilidade de relacionamentos e práticas de educação de filhos.

SISTEMAS FAMILIARES:

Fechado demais
Aberto demais
Sadio

A família fechada demais à troca de informações com o meio, fechada, portanto, a transformações está limitada por uma estrutura rígida, marcada pela indisponibilidade para fazer frente às demandas da vida que apresenta um desafio novo a cada dia. É autoritária nas formas de tomar decisões, de controlar o poder. Mantém-se assim, para não aceitar a diferença. As regras são inadequadas, exageradas e injustas. Alguns assuntos são proibidos de se abordar. Certas expressões não são permitidas. Uma determinada forma de se comportar é obrigatória ou proibida para todos, ou ainda, para certos membros da família (de acordo com a idade, o sexo etc.). As pessoas se reprimem, enganando a si mesmas e aos outros, ou mantêm relações somente entre certas pessoas, tornando-se incapazes de viver em comunidade.

Esse tipo de família determina, com rigidez, os papéis dos filhos, impondo-lhes diretrizes e normas coercitivamente, principalmente no que se refere aos papéis sexuais, masculino e/ou feminino, nas relações sociais. Além disto, o indivíduo vive se protegendo das coisas do mundo, vendo-as como uma constante ameaça que pode destruir a família. **Família fechada demais favorece a geração de filhos imaturos e "bitolados".**

Exemplo: Maria, desde pequena, seguia as regras impostas pelos pais. Ela só podia brincar com os irmãos ou primos. Só saía acompanhada com alguém, mesmo depois de crescida. Suas roupas eram compradas pela mãe. Ela não tinha direito de se vestir como alguém de sua idade e época. Toda desobediência era castigada, exemplarmente. Assistir TV, só a filmes e programas aprovados pelos pais. O mundo era visto como perigoso, hostil e ameaçador ao

equilíbrio familiar. Aos 22 anos, Maria perde os pais em um acidente. Ela entrou em profunda crise quando descobriu os efeitos da rigidez obcecada, da educação recebida. Acostumada a só obedecer, sentia-se incapaz de tomar decisões, incapaz de ter uma visão crítica da realidade. Habituada a viver isolada dos "estranhos", sentia-se só, desamparada, como uma criança imatura à procura do consolo dos pais.

A **família aberta demais**, por sua vez, pode gerar indivíduos frágeis, inseguros, sem raízes, o que os impede de desenvolver uma visão pessoal e, posteriormente, uma visão familiar e comunitária. Alguns de seus membros desenvolvem uma personalidade "anarquista". Já outros, devido à carência de modelos de liderança e de noção de limites, caem, facilmente, nas garras de pessoas autoritárias. Só agem se receberem ordens específicas. Essas pessoas tornam-se presas fáceis dos sistemas políticos, sociais, econômicos e religiosos autoritários, e, sem perceber, contribuem para que eles existam.

Sem a condição para desenvolver o senso crítico, terminam se acostumando com o *chicote*. O indivíduo que está acostumado a obedecer a quem segura o chicote, quando o chicote muda de mão, continua obedecendo, cegamente, da mesma maneira. **Família aberta demais favorece a geração de filhos inseguros e desestruturados.**

Exemplo: Na família de Pedro ninguém obrigou a ninguém a fazer nada. Tudo era liberal, não tinha hora para dormir, nem para comer e, muito menos, para brincar. Cada um vivia no seu mundo. O pai viajava muito, e a mãe, sempre ocupada com os afazeres da casa, deixava cada filho viver sua vida. O fato de não ser cobrado deixava Pedro muito inseguro e sem saber que rumo seguir. Certa vez, já na adolescência, ele passou três dias na casa de amigos e, quando voltou, ninguém tinha sentido sua falta. Tudo isso o revoltava, pois não se sentia amado. Pedro sentia necessidade de que alguém demonstrasse interesse e se importasse com ele. Aos 18 anos, ele ingressou em uma seita religiosa, que passou a ditar que atitudes e pensamentos Pedro teria que ter. Ele saíra de um sistema *anárquico*, *escancarado*, sem estruturas, e entrou em outro sistema, agora autoritário, controlador e *super estruturante*. Pedro, tal qual uma lesma, encontrou uma carapaça que o protegia, mas que, também, o aprisionava, tirando-lhe a liberdade de movimentos.

A **família sadia** é aquela que pode atender à dupla demanda de dar pertencimento e, ao mesmo tempo, favorecer a autonomia de seus membros. É aquela que sabe preparar-se para enfrentar qualquer desafio. Enriquece-se com as contribuições positivas da sociedade, ao mesmo tempo em que desenvolve defesas no seu organismo (critérios, senso crítico), impedindo que os valores negativos possam ter influência decisiva. As pessoas formadas neste tipo de família aprendem a discutir qualquer assunto ou qualquer problema, de forma clara e transparente. Isto, porque estão enraizadas em valores partilhados, não confusos, que permite a expressão da identidade individual e grupal. Sabem, também, resolver situações críticas, sabem interagir com o mundo exterior. Seu senso de justiça é muito forte e todos se preocupam com a construção de um mundo mais justo e fraterno.

Desde crianças, essas pessoas aprendem a exercitar a democracia, buscando construir normas justas e flexíveis (no lugar de normas rígidas) que sejam entendidas por todos e tenham um sentido prático e libertador. Mantêm um ambiente aberto, de diálogo constante, onde a reflexão é bastante valorizada, tornando-se o instrumento de avaliação. Todos estão dispostos a mudar, se for preciso, não ficando ninguém de fora. Os tabus são discutidos, avaliados e desmontados. As funções e papéis dos membros de uma família equilibrada são flexíveis e compartilhados entre todos. Nessa família, as pessoas contribuem, significativamente, para a criação de processos democráticos e participativos na sociedade. Não se envergonham de mudar, porque não se envergonham de pensar e de dialogar. **Família acolhedora e nutritiva, filhos responsáveis e solidários.**

Exemplo: Jorge e Francisca foram criados com muito carinho. Desde pequenos aprenderam a superar os conflitos através do diálogo. Seus pais, apesar dos afazeres, acompanhavam de perto os momentos importantes de suas vidas. Os aniversários eram comemorados com festa e com a participação dos amigos. Quando cometiam erros, eram repreendidos, mas, também, eram elogiados quando faziam por merecer. Ninguém ficava indiferente ao sofrimento do outro. Toda família se unia, seja para apoiar os seus, seja para auxiliar os vizinhos e pessoas da comunidade. Hoje, Jorge é líder comunitário e, mesmo já tendo sua família, ainda encontra tempo para ajudar as famílias que precisam de solidariedade.

AÇÕES DOS ENFERMEIROS PARA O ENVOLVIMENTO DAS FAMÍLIAS:

Desenvolvimento da cooperação com a família:

- . Identificar as necessidades da família.
- . Abordar o sigilo.

Oferta de informações sobre a doença mental:

- . Orientar sobre diagnóstico, etiologia, prognóstico e tratamento.
- . Esclarecer o curso a médio e longo prazo da doença mental.

Aperfeiçoamento da comunicação e da solução de problemas na família:

- . Ensinar princípios de comunicação eficiente.
- . Ensinar estratégias de solução de problemas.

Ajuda para a utilização do sistema de serviços:



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

71



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

72

- . Ajudar com relação ao direito de acesso ao tratamento, ao apoio e à reabilitação.
- . Explicar os papéis dos diferentes provedores de saúde mental.

Ajuda aos membros da família para atenderem às próprias necessidades:

- . Avaliar quanto a transtornos relacionados ao estresse.
- . Encorajar o exercício da cidadania e a defesa de seus direitos.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA):

- Controle familiar ineficaz do regime terapêutico;
- Enfrentamento familiar comprometido / incapacitado;
- Processos familiares disfuncionais: alcoolismo;
- Processos familiares interrompidos;
- Disposição para enfrentamento familiar aumentado;
- Disposição para processos familiares melhorados.

REFERÊNCIAS:

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia comunitária:** passo a passo. 3. ed. revista e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação. Traduzido por Cristina Correa. Porto Alegre: ARTMED, 2006. 2005-2006.

POTTER, Patrícia A. **Grande tratado de enfermagem prática:** clínica e prática hospitalar. Colaboração de Anne G Perry. Traduzido por Hildegard Thiemann Buckup; Terezinha Oppido. 3. ed. São Paulo: Editora Santos, 2001.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica:** princípios e prática. Traduzido por Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

Já que estamos falando de família e doenças mentais...

VAMOS DEBATER!



Clique na imagem!

CRISE



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
 Cecylia Kátia Limaverde Pessoa,
 Fátima de Maria Sales Sanford e
 Francisca Lucélia Ribeiro de Farias



OBJETIVO: Refletir sobre o estado de crise numa visão interdisciplinar na área de saúde mental.

DEFINIÇÃO DE CRISE:

As situações de estresse fazem parte da vida cotidiana. Qualquer situação de estresse pode precipitar uma crise. As crises ocasionam um desequilíbrio, do qual muitos indivíduos necessitam de auxílio para se recuperar.

Caplan (1980) definiu crise como o "... desequilíbrio psicológico numa pessoa que se defronta com uma circunstância de risco, que constitui para ela um problema importante, do qual ela não pode no momento nem fugir nem resolver com os recursos habituais de resolução de problemas".

CARACTERÍSTICAS DE UM ESTADO DE CRISE:

- 1 - As crises ocorrem em todos os indivíduos num momento ou em outro e não se equivalem necessariamente a uma psicopatologia.
- 2 - As crises são precipitadas por eventos específicos identificáveis.
- 3 - As crises são de natureza pessoal. O que pode ser considerado uma situação de crise por um indivíduo pode não ser por outro.
- 4 - As crises são agudas e não crônicas, e são resolvidas de uma ou outra maneira num curto período de tempo.
- 5 - Uma situação de crise tem o potencial de crescimento ou deterioração psicológica.

TIPOS DE CRISES:

Existem três tipos de crise: maturativas, situacionais e fortuitas, sendo que, às vezes, essas crises podem ocorrer simultaneamente.

As **crises maturativas** são eventos evolutivos que exigem mudanças de papéis. Os períodos de transição durante a adolescência, a paternidade, o casamento, a meia-idade e a aposentadoria são momentos cruciais para o aparecimento destas crises.



RUA ALBERTO
 MAGNO, 300
 BAIRRO MONTESE
 FORTALEZA/CEARÁ
 60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

73



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

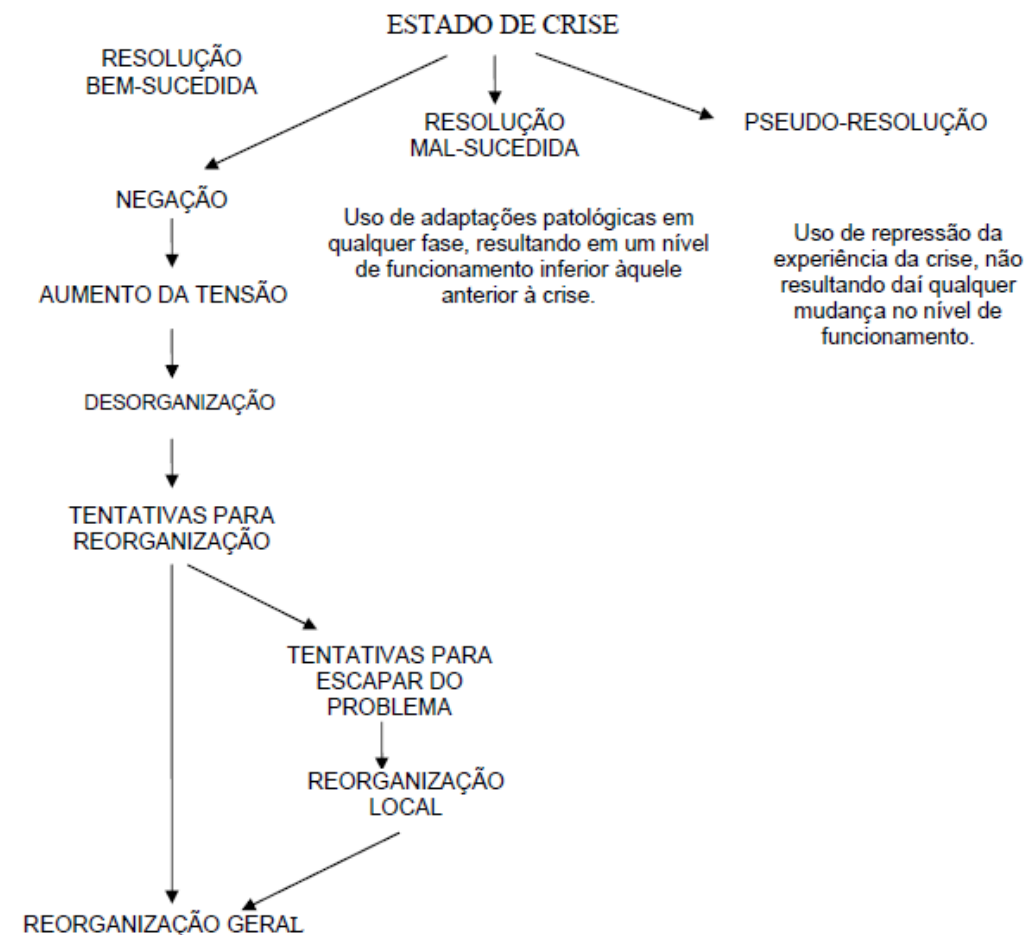
Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

74

As **crises situacionais** ocorrem quando um evento da vida perturba o equilíbrio psicológico de um indivíduo ou de um grupo. Ex.: perda do emprego, perda de um ente querido, gravidez indesejada, divórcio, início ou agravamento de uma doença, problemas escolares e presenciar um crime.

As **crises fortuitas** são eventos acidentais, incomuns e imprevistos, podendo ter como resultado múltiplas perdas, com grandes mudanças ambientais. Ex.: incêndios, terremotos, inundações, acidentes aéreos, conflitos de rua e atentados com bombas em áreas movimentadas.



(FIGURA) Processos levando à resolução de um estado de crise. A resolução bem-sucedida deste estado segue uma série de fases antes de culminar no objetivo final de reorganização geral. As quatro fases iniciais podem, portanto, ir diretamente das tentativas para reorganizar-se, para a reorganização geral. Outras pessoas podem necessitar um desvio temporário e tentar escapar ao problema. Quando esta tentativa falha, recorrem à reorganização local, eventualmente alcançando o objetivo de reorganização geral. A resolução bem-sucedida resulta no funcionamento em um nível superior àquele de antes da crise.

TEORIA DA CRISE SEGUNDO CAPLAN: recursos necessários para manutenção do equilíbrio bio-psico-sócio-cultural-espiritual do indivíduo.

Recursos físicos: alimentação, moradia, estimulação sensorial.

Recursos psicossociais: estímulo ao desenvolvimento intelectual e afetivo, por meio de interações pessoais, da família, escola, trabalho.

Recursos sócio-culturais: influências dos costumes e valores da cultura e estruturas sociais sobre a personalidade do indivíduo.

Estes recursos dão o suporte de que a pessoa necessita para crescer e desenvolver-se sadiamente. Assim, o esperado é que a pessoa tenha suficientes recursos físicos, boas relações interpessoais com adequadas vinculações emocionais numa sociedade estável, que tenha mais instrumentos perceptivos, mais habilidades para resolver problemas e valores que a orientarão na luta pela vida.

Entretanto, o indivíduo não é apenas um receptor passivo, mas atua modificando os recursos com os quais direta ou indiretamente se depara. Esses recursos que são, em sua essência, universais, esbarram com imensa variabilidade de circunstâncias individuais e de

personalidade, ao lado de um complicado grupo de fatores psicológicos, sociais e culturais que, por sua vez, irão determinar uma grande variedade de reações às situações-problema. Dessa forma, um evento pode não ser encarado como problemático devido ao fato de não provocar temores de frustração em face dos mecanismos pessoais e externos que alguns têm à disposição para enfrentá-lo.

Para outros, devido a crises anteriores mal resolvidas, falhas nos mecanismos de defesa que utilizam, emprego de métodos pouco congruentes com a realidade, ou ainda, falta de pessoas que assumam papéis complementares de estímulo e apoio, uma situação pode representar grande perigo para sua integridade. O fator essencial que determina o aparecimento de uma crise é o desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos de que a pessoa dispõe no momento para enfrentá-la.

INTERVENÇÃO EM CRISES: O PAPEL DO ENFERMEIRO

O enfermeiro responde a situações de crise diariamente. As crises podem ocorrer em todas as unidades de um hospital geral, no contexto domiciliar, no contexto de cuidados de saúde comunitários, em escolas, em escritórios e em consultórios particulares.

A intervenção em crises exige habilidades de resolução de problemas que se encontram frequentemente diminuídas pelo nível de ansiedade decorrente do desequilíbrio. O auxílio na resolução de problemas durante o período de crise preserva a auto-estima e promove o crescimento com a resolução.

O processo de enfermagem é o veículo pelo qual o enfermeiro ajuda os indivíduos em crise numa abordagem de resolução de problemas em curto prazo para efetuar mudanças. O objetivo é que o indivíduo retorne a um nível de funcionamento anterior à crise. Com frequência, a pessoa avança para um patamar de crescimento mais elevado que o nível anterior à crise, porque aprende novos modos de solucionar problemas. Para tanto, são descritas seis fases:

Avaliação: O enfermeiro colhe informações relativas aos fatores de estresse precipitantes e à crise daí resultante, que levou o indivíduo a procurar ajuda profissional.

Avaliações:

- Solicitar ao indivíduo para descrever o evento que precipitou esta crise.
- Avaliar o estado físico e mental do indivíduo.
- Determinar se o indivíduo já vivenciou este fator de estresse antes.
- Avaliar os métodos habituais de ajuste, sistemas de apoio disponíveis e capacidade de resolver problemas.
- Avaliar a percepção do indivíduo de seus pontos fortes e suas limitações.

Diagnóstico: O enfermeiro analisa as informações e identifica os diagnósticos de enfermagem apropriados, refletindo os aspectos imediatos da situação de crise.

* Diagnósticos de enfermagem (NANDA). Ex.: Ajuste individual ineficaz; Ansiedade; Processos do pensamento perturbados; Desesperança; Baixa auto-estima situacional; Processos familiares interrompidos.

Identificação dos Resultados: São estabelecidos objetivos para a resolução da crise e um retorno ao nível de funcionamento pré-crise ou acima disto. São determinados em conjunto com o cliente, de forma objetiva e realista.

Planejamento: O enfermeiro seleciona as ações de enfermagem apropriadas para o diagnóstico de enfermagem identificado. Ao planejar-se a intervenção leva-se em consideração o tipo de crise e também os pontos fortes do indivíduo e os recursos disponíveis para apoiá-lo.

Implementação: São implementadas as ações que foram identificadas na fase anterior.

- Usar uma abordagem orientada para a realidade. O foco do problema é no "aqui e agora".
- Estabelecer uma relação terapêutica com uso das técnicas de comunicação (ouvir reflexivamente, verbalizar interesse).
- Ajudar o cliente a reconhecer sentimentos de raiva, culpa, impotência, medo, desespero.
- Orientar o indivíduo por um processo de resolução de problemas através do qual ele possa mover-se no sentido de mudanças positivas em sua vida.
- Identificar os sistemas externos de apoio e as novas redes sociais em que o indivíduo pode procurar ajuda em ocasiões de estresse.

Avaliação Final: Faz-se uma avaliação para determinar se o objetivo foi atingido. O enfermeiro e o cliente revêem o aprendizado atingido e prevêem como ele vai responder no futuro.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

75



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

76

- Verificar mudanças comportamentais positivas e crescimentos alcançados.
- Avaliar a compreensão do indivíduo diante de suas respostas a situações de crise e estratégias de ajuste adotadas.
- Analisar as possibilidades do indivíduo para lidar com fatores de estresse semelhantes ao que precipitou a crise em situações futuras.

REFERÊNCIAS:

- CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia Alcott. **Kaplan & Sadock compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Traduzido por Claudia Oliveira Dornelles. 9. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.
- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. Traduzido por Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.
- TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Traduzido por Fernando Diniz Mundim; Isabel Cristina Fonseca da Cruz. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VAMOS DEBATER!

Bailarino é abordado e colocado em camisa de força durante performance em Caxias do Sul
REPORTAGEM DE OUTUBRO DE 2017

CLIQUE NA IMAGEM...



EXAME DO ESTADO MENTAL



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Cecylia Kátia Limaverde Pessôa,
Fátima de Maria Sales Sanford e
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias

OBJETIVOS:

- Descrever a natureza, a finalidade e o processo do exame do estado mental.
- Analisar as observações e as implicações clínicas de cada categoria do exame do estado mental.

INTRODUÇÃO:

O principal instrumento da entrevista psiquiátrica é o próprio entrevistador e a capacidade do mesmo em observar e pensar. O entrevistador deve deixar o cliente contar sua própria história, com suas próprias palavras, na ordem que julgar mais importante. O fundamental é ouvir e compreender o cliente, para tanto o relacionamento entre cliente e entrevistador deve ser baseado na confiança, empatia e respeito mútuo.

O exame do estado mental é uma fotografia de como o indivíduo se apresenta naquele momento ao profissional, com a descrição das funções psíquicas. Representa um corte transversal da vida psicológica do cliente e o somatório das observações e das impressões do enfermeiro no momento, servindo de base para uma comparação futura, para acompanhar o progresso do cliente. O método de avaliação é diferente do empregado em outras áreas do conhecimento, porque não são necessários instrumentos, mas apenas estão submetidos à capacidade para observar e pensar.

Sua realização é imprescindível para se traçar o diagnóstico de enfermagem e elaborar um plano de assistência de enfermagem individualizada. Nesse momento, o enfermeiro deve utilizar as técnicas de comunicação (expressão, clarificação e validação) e as medidas terapêuticas (estabelecimento de limites, oferecimento de apoio e ambiente terapêutico).

DADOS GERAIS:

- Sigla do nome do cliente; idade; sexo; internado ou reinternado (HSM) / em acompanhamento... (Hospital Dia, CAPS...); data; hora; motivo do atendimento (queixa principal) etc.

01. APARÊNCIA:

- Expressão facial: denota - alegria; tristeza; alegria intensa; tristeza profunda.



RUA ALBERTO
 MAGNO, 300
 BAIRRO MONTESE
 FORTALEZA/CEARÁ
 60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

77



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

78

- Olhar: natural; fixo; intimidador; evita contato ocular...
- Vestuário:
 - Roupas – limpas; sujas; adequadas; inadequadas; descuidadas; mal postas; exageradas (coloridas, curtas...); bizarras (extravagantes, esquisitas)...
 - Acessórios e maquiagem...
- Higiene:
 - Cabelos: limpos; sujos; em ordem; em desalinho...
 - Presença de pediculose: lêndeas, piolho...
 - Cuidados: pele / face / boca / ouvidos / corpo...
 - Presença de *piercings* e/ou tatuagens...
 - Unhas (mãos e pés): limpas; sujas; manicuradas; desiguais...
 - Peso: médio; obeso; magro.
 - Deformidades físicas perceptíveis. Quais?
 - Exame físico: escoriações; hematomas; lesões... Onde? Tipo?
 - Sinais vitais: T: P: R: PA:

02. PSICOMOTRICIDADE:

- Conduta: ativo; hiperativo (aumento da atividade); hipoativo (diminuição da atividade).
- Postura: ereta; rígida; encurvada (corpo curvado para frente)...
- Gestos: naturais; poucos (reduzidos); muitos (excessivos); com tremores; com agitações...
- Marcha: sem alterações, lenta; rápida; claudicante; arrastada; cambaleante; com acatisia...
- Principais alterações: agitação psicomotora (movimentos excessivos, deambulando constantemente, com certa dificuldade de permanecer parado); lentificação psicomotora (retardamento dos movimentos, na maior parte do tempo sentado ou deitado); negativismo (resistência imotivada à movimentação); tiques (movimentos motores involuntários e espasmódicos); maneirismos (movimentos involuntários estereotipados, bizarros e repetitivos); inquietação; compulsões (atitudes ou atos mentais repetitivos, excessivos e irracionais); movimentos flexíveis (sem alterações)...

03. FALA:

- Quantidade: de acordo com o momento; mutismo (ausência de fala); pouco; somente quando perguntado; muito; prolixa (detalhista); logorreica (velocidade aumentada da fala)...
- Formas de expressão:
 - Tom de voz: sem alterações; baixo; alto.
 - Articulação das palavras: fluente; lenta; rápida; monótona; arrastada; hesitante; gagueira; obsessiva; hipocondríaca...
 - Conteúdo: claro; confuso; reticente; espirituoso; obsceno; irreverente; neologismo (palavras novas, inexistentes); salada de palavras (mistura incoerente de palavras e frases); usa palavras sem nexos; muda de tema frequentemente; responde com monossílabos ou frases curtas; permanece, por vezes, em silêncio; acerca da realidade; acerca de um mundo imaginário; responde às solicitações; não responde...; responde as perguntas formuladas; não responde...

04. ESTADO AFETIVO / HUMOR:

- Afeto (expressão emocional): adequado; inadequado; lábil (mudanças bruscas e rápidas); embotado (severa redução de expressão afetiva); ambivalente (vivência simultânea de sentimentos antagônicos ao mesmo objeto, ex. amor e ódio)...
- Humor (sentimentos predominantes): eutímico (faixa normal); disfórico (deprimido, sem ânimo); eufórico (alegria exagerada, intensa); choroso; ansioso; medroso; angustiado; irritável; expansivo; exaltado; raivoso; apático; indiferente; arredio; isolado...
- Autoestima: preservada; diminuída (baixa); elevada...

05. PENSAMENTO:

- Produção:
 - Pensamento lógico (coerente, organizado, de acordo com a realidade).
 - Pensamento mágico (incoerente, desorganizado, em desacordo com a realidade).
- Curso:
 - Preservado (associação de ideias).
 - Inibição do pensamento (lentificação dos processos psíquicos).
 - Fuga de ideias (aceleração extrema do pensamento, associações tênues e livres).
 - Desagregação do pensamento (ideias desconexas, perda das associações).
- Conteúdo:
 - Delírios (crenças falsas, irremovíveis e ininfluenciáveis pela experiência do indivíduo). Quais? de ciúme; de grandeza; de perseguição; místicos; de culpa; de ruína; de desvalia; hipocondríacos; niilista (negação, descrença)...

- Obsessões (ideias indesejadas, persistentes, que não podem ser rechaçadas pelo indivíduo, gerando grande ansiedade).
- Fobias (medos irracionais de situações ou coisas, associados com intensa ansiedade).
- Ideações suicida ou homicida (ideia ou desejo de matar-se ou matar outrem).

06. SENSOPERCEÇÃO:

- Alucinações (falsas impressões ou experiências sensoriais, independentes de estímulos ambientais). Quais? auditivas; visuais; táteis; olfativas; gustativas; cinestésicas (espaço e movimento) e cenestésicas (sensibilidade interna – vísceras e órgãos do corpo).
- Ilusões (falsas vivências que ocorrem em resposta a um estímulo ambiental).

07. MEMÓRIA: (descrição clara de cada item)

- Remota - fatos da vida progressa a partir de 01 ano atrás. (Exemplificar)
- Recente - fatos de 01 hora atrás até 01 ano atrás. (Exemplificar)
- Imediata – o aqui e agora, até 10 minutos atrás. (Exemplificar)

08. ORIENTAÇÃO: (descrição clara de cada item)

- Tempo (quando) . orientado (em que)
- Espaço (onde) . desorientado (em que)
- Pessoa (quem) – autopsiquicamente . parcialmente orientado (em que)
– alopsiquicamente . desinformado

09. JULGAMENTO: (Tomar decisões construtivas; capacidade de compreender os fatos e extrair conclusões ao relacioná-los entre si). Ex: O que você faz para cuidar da sua saúde?

- Julga corretamente a situação; não julga corretamente; não faz julgamento. (Exemplificar)

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:

- Medicções Psiquiátricas: em uso de..., dosagem por dia (...mg/dia).
- Comorbidades Clínicas: diabetes, hipertensão...

- Sintomatologia e tratamentos (somáticos e psicossociais) utilizados.

 Nutrição e Hidratação:

- Segue alguma dieta especial? De que tipo?

- Qual a quantidade de líquido que costuma tomar por dia?

 Eliminações: frequência e alterações.

Sono e Repouso: tranquilo; agitado; insônia; pesadelos; acorda várias vezes durante a noite; não acorda durante a noite...

- Repousa durante o dia? Tempo?

 Relacionamento Interpessoal (família, equipe de saúde, estudantes, clientes etc)**ORIENTAÇÕES:**

Cuidados Específicos: reconhecimento da crise; conduta na crise; orientações sobre a patologia, medicamentos, tratamento...

Atividade física, lazer, atividades praxiterápicas, trabalho...

Tratamento Ambulatorial: retorno para consulta apazada; obtenção de medicamentos; instituições disponíveis; informes significativos nas consultas; importância da consulta ambulatorial...

Aprazamento de Consultas e Encaminhamentos...

REFERÊNCIAS:

CARVALHO, Marissol B. de. (Org.). **Psiquiatria para a enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012.

JARVIS, Carolyn. **Exame físico e avaliação de saúde**. Tradutor *et al*: Fernando Diniz Mundim *et al*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NUNES FILHO, Eustachio P. **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. Colaboração de João Romildo Bueno; Antônio Egídio Nardi. São Paulo: Atheneu, 2000.

OLIVEIRA, José M.; LIMA, Roberto P. **O exame do estado mental**. Pelotas: Ed. Universitária /UFPeI, 2000.

SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia Alcott. **Kaplan & Sadock compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Traduzido por Claudia Oliveira Dornelles. 9. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. Traduzido por Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

TABORDA, José G. V. **Rotinas em psiquiatria**. Colaboração de Pedro Prado-Lima; Ellis D'Arrigo Busnello. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

79



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

80

CEARÁ, LEI Nº 12.151 DE 29 DE JULHO DE 1993

Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

O Governador do Estado do Ceará,

FAÇO saber que a Assembléia Legislativa decretou e/ou sancionou a seguinte lei:

Art.1.º Fica proibido no território do Estado do Ceará, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais.

§ 1.º No prazo de cinco anos, contados da publicação desta lei, os hospitais psiquiátricos existentes deverão adaptar-se ao disposto na presente lei.

§ 2.º O Conselho Estadual de Saúde, quando da adaptação dos hospitais existentes observará, sempre que possível, critérios de atendimento a que os hospitais psiquiátricos se destinavam.

Art.2.º A Secretaria Estadual de Saúde, as comissões interinstitucionais, o Conselho Estadual, as comissões municipais, locais e as secretarias municipais de saúde, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos de atendimento, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, lares, pensões protegidas, entre outros, bem como estabelecerão, conjuntamente, critérios para viabilizar o disposto no § 1.º do artigo anterior, fixando a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos.

§ 1.º O Conselho Estadual de Saúde constituirá uma Comissão Estadual de Reforma em Saúde Mental, no qual estarão representados os trabalhadores em saúde mental, familiares, poder público, Ordem dos Advogados do Brasil e Comunidades Científicas, sendo da sua competência o acompanhamento da elaboração dos planos regionais e/ou locais da atenção à saúde mental; fiscalizar sua implantação bem como aprová-los ao seu tempo.

§ 2.º É competência das secretarias estadual e municipais, a coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos, bem como a fixação, ouvidas as entidades a que se refere o "caput" deste artigo, dos prazos e condições para a total extinção dos hospitais psiquiátricos no estado.

§ 3.º Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) estabelecerão critérios objetivos para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios previstos nesta lei, bem como fixará a base demográfica mínima para a atenção integral, em postos de saúde, na área de saúde mental.

§ 4.º A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um vigésimo (1/20) do total de leitos existentes no Estado, ao ano.

Art.3.º Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se ao desamparo dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art.4.º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

§ 1.º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2.º O Ministério Público procederá vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos para atendimentos psiquiátricos, para fim de verificação do correto cumprimento do disposto nesta lei.

Art.5.º Todas as internações de caráter psiquiátrico, compulsória ou não, deverão ser confirmadas, no máximo em quarenta e oito horas da internação respectiva, por laudo da junta interdisciplinar, composta por membros da comunidade, trabalhadores em saúde mental, e por representantes do Poder Público local.

Art.6.º Compete às secretarias municipais de saúde e aos conselhos municipais de saúde a fiscalização sobre a aplicação das medidas necessárias à efetivação do disposto nesta lei, bem como a correta observância do previsto no artigo anterior, sem prejuízo da competência reservada à Secretaria Estadual de Saúde.

Art.7.º No prazo máximo de um ano, os órgãos competentes deverão apresentar à Assembléia Legislativa do Estado os planos e os critérios objetivos que viabilizem, ao final do prazo previsto no § 1.º do Art. 1.º a total extinção dos hospitais psiquiátricos no território estadual, e a absorção da política determinada por este diploma, pelos hospitais gerais públicos e privados.

Art.8.º A Secretaria Estadual de Saúde poderá, para garantir a execução dos fins desta lei, cassar licenciamento, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários para sua regulamentação.

Art.9.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado do Ceará, em Fortaleza, aos 29 de julho de 1993.

Ciro Ferreira Gomes
Governador do Estado

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

SENADO FEDERAL

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

81



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

82

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República. FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

LISTAGEM DE VERBOS



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Cecylia Kátia Limaverde Pessôa,
Fátima de Maria Sales Sanford e
Francisca Lucélia Ribeiro de Farias

Comportamentos Intelectivos (Pensar)

- Analisar - Discutir - Citar - Inferir
- Questionar - Comparar - Relatar - Inquirir
- Observar - Interpretar - Registrar - Criticar
- Sintetizar - Supervisionar

Comportamentos Psicomotores (Aqui)

- Manusear - Diluir - Mensurar - Friccionar
- Manipular - Dissolver - Calcular - Injetar
- Transportar - Dosar - Instrumentar - Pesar
- Deambular - Medir - Conectar

Comportamentos Afetivos (Sentir)

- Estimular - Comunicar - Relacionar - Ajudar
- Valorizar - Conversar - Incentivar - Auxiliar
- Motivar - Interagir - Ouvir
- Sensibilizar - Escutar

Comportamentos Discriminativos Gerais

- Descrever - Detectar - Coletar - Omitir
- Definir - Diferenciar - Ordenar - Isolar
- Identificar - Discriminar - Combinar - Colocar
- Escolher - Distinguir - Listar - Indicar
- Selecionar - Apontar - Separar

Comportamentos Dramáticos

- Atuar - Dirigir - Expressar - Começar
- Abraçar - Virar - Mostrar - Prosseguir
- Exibir - Sair - Realizar - Fazer
- Emitir - Sentar - Desempenhar - Deixar
- Agir - Reagir - Comover

Comportamentos Matemáticos e/ou Estatísticos

- Adicionar - Contar - Extrapolar - Integrar
- Dividir - Derivar - Medir - Tabular
- Subtrair - Estimar - Grupar - Numerar
- Comparar - Extrair - Provar - Computar
- Computar - Intercalar - Reduzir - Planejar
- Multiplicar - Calcular - Verificar - Solucionar

Comportamentos Científicos Laboratoriais

- Aplicar - Pesar - Demonstrar - Preparar
- Operar - Regular - Dissecionar - Manipular
- Conduzir - Criar - Estabelecer - Remover
- Conectar - Manter - Especificar - Recolocar
- Cultivar - Converter - Encomprar - Transferir
- Limitar - Verificar - Aumentar - Diminuir

Comportamentos Sociais

- Mandar - Vigiar - Discordar - Aceitar
- Repartir - Servir - Reunir - Concordar
- Salvar - Saldar - Sugerir - Interagir
- Votar - Rir - Discutir - Permitir
- Dançar - Sorrir - Argumentar - Agradecer
- Perdoar - Encontrar - Elogiar - Comunicar
- Cooperar - Convidar - Cumprimentar - Contribuir

Comportamentos Criativos

- Alterar - Renomear - Designar - Reelaborar
- Perguntar - Reordenar - Generalizar - Reestruturar
- Mudar - Refrasear - Modificar - Recontar
- Parafrasear - Reescrever - Reorganizar - Sistematizar
- Predizer - Simplificar - Recombinar - Variar



RUA ALBERTO
 MAGNO, 300
 BAIRRO MONTESE
 FORTALEZA/CEARÁ
 60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

83



RUA ALBERTO
MAGNO, 300
BAIRRO MONTESE
FORTALEZA/CEARÁ
60.425-235

www.efivest.com.br

Telefone: (85)
3491.4000

Whats: (85)
9.8880.4000

84

- Questionar - Sintetizar - Reconstruir - Revisar

Comportamentos Físicos

- Arquear - Escalar - Golpear - Arremessar
- Rebater - Encarar - Balançar - Atirar
- Inclinar - Flutuar - Pular - Puxar
- Carregar - Nadar - Sapatear - Empurrar
- Alcançar - Agarrar - Elevar - Correr
- Esculpir - Pegar - Marchar - Andar
- Lançar - Esquiar - Patinar - Cobrir

Comportamentos de Linguagem

- Acentuar - Duplicar - Chamar - Sumarizar
- Abreviar - Sublinhar - Assinalar - Narrar
- Alfabetizar - Pronunciar - Soletrar - Traduzir
- Articular - Pontuar - Estabelecer - Escrever
- Editar - Recitar - Verbalizar - Murmurar
- Ler - Dizer

Comportamentos de Estudo

- Citar - Preparar - Descobrir - Pesquisar
- Copiar - Categorizar - Organizar - Sublinhar
- Anotar - Projetar - Rotular - Selecionar
- Acompanhar - Circular - Reproduzir - Registrar
- Planejar - Localizar

Comportamentos Administrativos

- Planejar - Prover - Administrar - Supervisionar
- Comandar - Avaliar - Selecionar - Auditoriar
- Gerenciar - Controlar - Recrutar - Organizar

REFERÊNCIAS

1. «World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organization, 2001»
2. ↑ Ir para: a b c d e f g h i j k Pedro Gabriel Godinho Delgado, Maria Cristina Ventura Couto (2015). «Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais» (PDF). Psicologia Clínica. Consultado em 31 de março de 2017
3. ↑ Ir para: a b Paulo Rennes Marçal Ribeiro (2006). «História da Saúde Mental infantil: A criança brasileira da Colônia à República Velha»
4. Maria Cristina Ventura Couto; et al. (2008). «A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios» (PDF). Revista Brasileira de Psiquiatria. Consultado em 30 março de 2017
5. ↑ Ir para: a b c Barbara Sinibaldi (2013). «Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis» (PDF). Revista de Psicologia da Unesp. Consultado em 17 março 2017
6. Ir para cima↑ Ministério da Saúde, BRASIL (1996). «Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde» (PDF). Consultado em 17 de março de 2017
7. Ir para cima↑ Ministério da Saúde, BRASIL (2005). «Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil» (PDF). Consultado em 17 março de 2017

EFI  **EST**

CURSINHO DA UNIVERSIDADE



ENEM

PRÉ-VESTIBULAR
SUPLETIVO
CARREIRAS MILITARES
CURSOS TÉCNICOS

O PRIMEIRO
CURSINHO DA
(DESDE 1998)

UECE

www.efivest.com.br

 (85) 9.8880.4000  (85) 3491.4000

**AVENIDA
ALBERTO MAGNO**

300

**MONTESE
FORTALEZA / CEARÁ**