

Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental na Prática



INAIÁ MONTEIRO MELLO

 Atheneu

**ENFERMAGEM
PSIQUIÁTRICA E
DE SAÚDE MENTAL
NA PRÁTICA**

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.



SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR
TEL.: 0800-267753

www.atheneu.com.br

ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E DE SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA

INAÍÁ MONTEIRO MELLO

Enfermeira Especialista em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental.

Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela USP.

Doutora em Enfermagem pela USP.



São Paulo • Rio de Janeiro • Ribeirão Preto • Belo Horizonte

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30
Tel.: (11) 6858-8750
Fax: (11) 6858-8766
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
Fax: (21) 3094-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Ribeirão Preto — Rua Barão do Amazonas, 1.435
Tel.: (16) 3323-5400
Fax: (16) 3323-5402
E-mail: editoratheneu@netsite.com.br

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 – conj. 1.104

Planejamento Gráfico: *Paulo Roberto da Silva*

Capa: *Equipe Atheneu*

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

MELLO, Inaiá Monteiro

Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental na prática /
Inaiá Monteiro Mello. — São Paulo: Atheneu, 2008.

288 p.; 17,5 x 25 cm.

ISBN 978-85-7379-977-4

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem psiquiátrica. I. Título.

M527e

CDD 610.7368

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem psiquiátrica

610.7368

Dedicatória

Dedico esse livro àqueles que, em relação aos transtornos mentais e seus portadores:

Sofrem, partilham e dão o suporte cotidiano (pais, famílias e amigos).

Tratam e assistem, objetivando alívio e cura.

Estudam, pesquisam e investem para descobrir “causas e porquês”.

Brigam e discordam de “causas e porquês”.

Ensinam e difundem.

Escutam, empatizam e ajudam a pensar em alternativas e soluções para momentos críticos.

Elaboram estratégias e planos.

Levantam bandeiras e permanecem presentes.

Acolhem e humanizam.

Não desistem.

Dedico também àqueles que:

Pensam, agem e percebem-se “diferentes” por serem portadores de transtornos mentais.

Agradecimentos

Ao Dr. Renério Fráguas Jr., pela gentileza em prefaciá-lo livro.

Ao Prof. Dr. Wilson Jacob Filho, Professor Titular da Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP, por ler e sugerir sobre a Doença de Alzheimer.

Aos profissionais do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, instituição à qual tenho a honra e o prazer de pertencer, pela revisão sobre:

Dr. Alexandre Saadeh, Transtornos mentais e sexualidade.

Terap. Ocup. Alexandra Martini Oliveira, Reabilitação psicossocial.

Dr. André Malbergier, Transtornos relacionados ao abuso e dependência de drogas.

Dr. Antonio de Pádua Serafim, Psiquiatria forense.

Terap. Ocup. Beatriz Perfetti, Reabilitação psicossocial.

Dr. Chei-Tung Teng, Transtornos do humor.

Dra. Deborah Pastore Bassitti, Transtornos do pensamento (esquizofrenia).

Dr. Edson Hirata, Depressão no idoso.

Dr. Enio Roberto Andrade, A criança na área da psiquiatria e saúde mental.

Dr. Erley Sassi, Psicofarmacoterapia.

Dr. Fábio T. Salzano, Transtornos alimentares.

Dr. Flávio Alóe e Dra. Kette Dualibi R. Valente, Técnicas de neuroimagens.

Dr. Joel Rennó Junior, A mulher na área da psiquiatria e saúde mental.

Dr. José Gallucci Neto, Transtorno orgânico (delirium).

Dr. Hermano Tavares, Jogo patológico.

Dra. Lee Fu I, O adolescente na área da psiquiatria e saúde mental.

Assist. Social. Márcia Abrahaão, A família na área da psiquiatria e saúde mental.

Dr. Marco Antonio Marcolin, Estimulação Magnética Transcraniana (EMT).

Dr. Paulo Sallet, Transtornos da personalidade.

Dr. Paulo Sérgio Rigonatti, Eletroconvulsoterapia.

Dr. Sérgio de Barros Cabral, Transtornos da ansiedade.

Ao meu amado marido Ataliba, pelo eterno suporte.

E demais pessoas que, de diferentes formas e jeitos, ajudaram-me a elaborar o livro.

Prefácio

A publicação deste livro é um evento de grandeza maior, tanto para aqueles que atuam na área de saúde como para os indivíduos portadores de algum transtorno mental, seus familiares e amigos.

Em nosso meio, quem possui algum contato com a prática de assistências, principalmente a hospitalar, por menor que seja esse contato sabe que a equipe de enfermagem possui papel central no acolhimento, recuperação e reabilitação de quem sofre de um transtorno mental.

Este livro traz de modo atualizado e especializado informações e diretrizes para assegurar que as equipes de enfermagem em saúde mental de nosso país possam acompanhar tecnicamente o que se faz em centros de países mais avançados. Tendo como certo o dom do acolhimento e do calor humano brasileiro, esse livro completa os ingredientes para a realização do melhor que se pode fazer para atender àquele com transtorno mental.

Entretanto o livro vai além da prática. A preocupação com a fundamentação conceitual é evidente e marcante já no primeiro capítulo. Ao descrever a Psiquiatria, encontramos no capítulo 1 uma rica narrativa da evolução psiquiátrica desde seus primórdios até as técnicas mais modernas de neuroimagem. Vários capítulos e em especial o capítulo 3 ressaltam a importância da organização do sistema de saúde e principalmente a preservação do status do cidadão com transtorno mental, a fim de que o tratamento possa ser efetivado na sua íntegra.

Os capítulos enfocam exame psíquico, cuidados intensivos em psiquiatria, atenção domiciliar, evidenciando a necessidade da formação abrangente e com fundamentação técnica do profissional de enfermagem.

Condizente com a vanguarda internacional, o capítulo 10 inclui elementos com os quais o profissional de enfermagem estabelece papel ativo no processo terapêutico. Além da aquisição de conhecimentos especializados em terapias biológicas descritos nos capítulos 11 a 13, dos capítulos 14 a 21 tem-se uma ampla visão de diversas técnicas de intervenção psicoterápica e psicossocial.

De maior relevância na atualidade tem sido a atenção a grupos específicos, que devido a suas peculiaridades de modo geral não se beneficiam dos padrões e protocolos de assistência oferecidos à maioria da população. Para tanto capítulos especiais foram dedicados à criança, ao adolescente, ao idoso e à mulher.

Encerrando o livro, além de um capítulo, cuidando de aspectos forenses, capítulos específicos foram destinados a vários transtornos psiquiátricos como os transtornos de humor, de ansiedade, ligados ao uso de substâncias e outros.

A qualidade do material oferecido por este livro, além de ampliar o conhecimento e viabilizar enriquecedoras reflexões, deverá inspirar os leitores ao desenvolvimento de uma prática de maior excelência.

São Paulo, 31 de julho de 2007

Renério Fráguas Jr.

Coordenador e Pesquisador do Grupo de Interconsulta Hospitalar e Supervisor da Residência Médica do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Sumário

CONTEXTUALIZANDO A ASSISTÊNCIA EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

- 1 A psiquiatria e a saúde mental, 3
- 2 A enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, 15
- 3 Os direitos do paciente e as diretrizes assistenciais, 21
- 4 Os locais e a equipe assistencial, 25

ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

- 5 Assistência básica em enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, 29
- 6 Exame psíquico (avaliação do estado mental), 37
- 7 Cuidados intensivos em psiquiatria, 43
- 8 Atenção domiciliar, 53
- 9 Observação do paciente e anotação em enfermagem, 57

CLIMA TERAPÊUTICO

- 10 Comunicação, interação e o clima terapêuticos, 63

TRATAMENTOS BIOLÓGICOS

- Introdução, 73
- 11 Psicofarmacoterapia, 75
 - 12 Eletroconvulsoterapia (ECT), 85
 - 13 Estimulação magnética transcraniana (EMT), 89

TERAPIAS E INTERVENÇÕES

- Introdução, 93
- 14 Relacionamento Enfermeiro-Paciente, 95
 - 15 Terapia Cognitiva (TC), 99
 - 16 Intervenção em crise, 103
 - 17 Técnicas comportamentais, 107
 - 18 Técnicas de relaxamento, 111

ABORDAGENS PSICOSSOCIAIS

- 19 Reabilitação psicossocial, 117
- 20 Psicoeducação, 121
- 21 Grupos de pacientes, 125

GRUPOS E FAIXAS ETÁRIAS DE ATENÇÃO NA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

- 22 A criança, 131
- 23 O adolescente, 139
- 24 O idoso, 151
- 25 A mulher, 171
- 26 A família, 181

TRANSTORNOS MENTAIS E ESTRESSE

- Introdução, 189
- 27 Transtornos do pensamento (esquizofrenia), 191
- 28 Transtornos do humor, 201
- 29 Transtornos da ansiedade, 211
- 30 Transtornos alimentares, 219
- 31 Transtornos da doença física com componentes psicológicos (psicofisiológicos), 227
- 32 Transtornos do abuso e dependência de drogas, 231
- 33 Transtorno mental orgânico (*delirium*), 241
- 34 Transtornos da personalidade e do comportamento, 247
- 35 Transtornos e disfunções na sexualidade, 255
- 36 Transtornos do hábito e impulso (jogo patológico ou compulsivo), 261
- 37 Estresse, 267

PSIQUIATRIA FORENSE

- 38 O campo da responsabilidade criminal para a enfermagem, 273

1

A psiquiatria e a saúde mental

A psiquiatria é a especialidade da medicina que estuda e trata os transtornos ou distúrbios mentais. Usa o conhecimento de diversas áreas do saber como a fisiologia, a anatomia, a bioquímica, a psicologia, a antropologia e a filosofia.

O conceito de saúde mental considera o contexto de tempo e espaço, a capacidade de adaptação ao meio ambiente, com a pessoa recorrendo a mecanismos de defesa sadios e buscando soluções satisfatórias para suas dificuldades. O indivíduo considerado mentalmente saudável costuma possuir habilidades, como:

- perceber a realidade de modo acurado;
- exibir certo domínio sobre o ambiente;
- engajar-se em pensamentos e ações independentes;
- aceitar as próprias qualidades e limitações;
- obter uma visão unificadora e integradora sobre a vida¹.

O Transtorno mental tem definição complexa, mas considerando a perspectiva colocada, pode ser entendido como a perda de algumas das habilidades citadas. As neurociências e os estudos sobre o comportamento apontam o transtorno mental composto de fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais, cujas proporções variam nas pessoas e tipos de transtornos.

EXPLICAÇÕES PARA O TRANSTORNO MENTAL

Algumas causas foram apontadas para explicar os transtornos mentais:²

Os espíritos, deuses e demônios

Os espíritos, deuses e demônios historicamente foram responsabilizados por comportamentos alterados do ser humano. Essa causa foi bem

aceita no mundo ocidental, no período grego-romano e na Idade Média. O tratamento proposto era intervenções religiosas, mágicas e exorcismo.

O organismo

O mau funcionamento do organismo pode ser responsável por alterações comportamentais. Nesse caso, a causa é orgânica e as intervenções recomendadas são biológicas.

O ambiente

O ambiente desfavorável pode causar comportamentos desajustados. Aprender a lidar com o ambiente e tomar consciência do papel social são soluções indicadas.

A história de vida

Problemas nas etapas da vida, principalmente infância e adolescência, envolvendo família e relacionamentos complicados podem ser causas para dificuldades emocionais. Nesse caso, propõem-se intervenções psicológicas, através delas o indivíduo elabora as situações vividas, aprende a lidar com problemas e relacionar-se com outras pessoas².

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

No Ocidente

A história da psiquiatria no Ocidente mostra que os doentes mentais foram tratados de diferentes formas, de acordo com época, local e crenças.

Há evidências de que na pré-história, a pessoa era assistida com rituais mágicos, que quando não funcionavam faziam com que ela ficasse à própria sorte.

Durante a civilização greco-romana foram documentados tratamentos para doenças mentais, por meio de sangrias, purgantes e banhos sulfurosos.

Na Europa, Idade Média, devido ao declínio cultural ocorrido, o doente mental passou a ser vítima de inúmeras credices. Era bem tratado apenas quando atendido em santuários e mosteiros dirigidos por religiosos mais esclarecidos.

No século XVI apareceram as “casas de caridade”, ou seja, asilos, onde doentes com comportamentos mais agressivos eram colocados em celas

ou masmorras. O hospital Bethlem, em Londres, fundado por Henrique XVIII, foi exemplo dessa modalidade de asilo. Os doentes mais inofensivos viviam de esmolas.

No século XVII, ainda se acreditava que doença mental era causada por espíritos malignos e demônios, e tratamentos por magias e bruxarias eram realizados. No continente europeu, a Igreja Católica incitou perseguições aos doentes mentais, bruxos e mágicos. Na época, parcela significativa da população morreu queimada em fogueiras.

A França do século XVIII produziu importantes reformas políticas e sociais. O médico Philippe Pinel (1745-1826) preconizou tratamento mais humanizado ao doente mental, já na concepção médica. Conta a História que Pinel, após receber permissão da Comuna Revolucionária, libertou pacientes de dois grandes hospitais franceses, alguns que estavam reclusos há mais de vinte anos.

Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), aluno de Pinel, continuou o trabalho do mestre, fundando hospitais semelhantes. É considerado o primeiro professor de psiquiatria da História. Mais tarde, outros países ocidentais, como Inglaterra e Estados Unidos, criaram hospitais com objetivos de tratar transtornos mentais^{3,4,5,6}.

Nos séculos XIX e XX apareceram dois importantes grupos de pensamento em relação aos transtornos mentais.

Sigmund Freud, criador de um deles, estudou o comportamento humano e criou a psicanálise, considerada tanto um modelo do aparelho psíquico como uma abordagem terapêutica. Teorizou que os problemas emocionais originavam-se no psiquismo, com forças em atividade, provocando alterações comportamentais. Não descartou a possibilidade de causa orgânica, acreditando que o futuro responderia a questão⁷.

Os estudiosos de linha biológica continuaram procurando causas orgânicas para explicarem os transtornos mentais. Desenvolveram tratamentos e fármacos que atuam no organismo (biológico), valorizando a assistência em hospitais psiquiátricos.

Um importante representante foi Emil Kraepelin (1856-1926) cujo modelo conceitual mudou as bases da nosologia psiquiátrica.

Kraepelin separou os problemas mentais em dois grandes grupos: demência precoce e insanidade maniaco-depressiva. As modernas classificações, como CID-10 e DSM- IV, baseiam-se em suas concepções. Elas também enfatizam a importância do quadro clínico, a sintomatologia e a evolução do transtorno ao longo do tempo.

A psiquiatria foi definitivamente colocada no modelo médico, mas Kraepelin não excluiu a participação de fatores psíquicos e sociais nos transtornos⁸.

Na primeira metade do século XX, o arsenal terapêutico da psiquiatria biológica era muito pobre, havendo eméticos, purgantes e alguns recursos como ópio, brometos e anfetaminas, usadas para tratar a depressão. Na mesma época surgiram outros tratamentos biológicos como a insulino-terapia, a convulsoterapia induzida pelo Pentametilenotetrazol (agente químico introduzido por via venosa) e a convulsoterapia induzida por corrente elétrica (eletroconvulsoterapia ou ECT)⁹.

Na década de 1950 foram lançados os medicamentos psicotrópicos que causaram revolução ao reduzirem o confinamento de pacientes em hospitais psiquiátricos e possibilitarem convívio social¹⁰.

Outro acontecimento do século XX foi a criação da “Comunidade Terapêutica”, com o ambiente (milieu) sendo usado como recurso de tratamento para transtornos mentais, por Maxwell Jones³.

No final do século XIX e primeira metade do século XX era significativo o número de portadores de transtornos mentais internados em instituições de caráter asilar, o que desencadeou o movimento de “desinstitucionalização”, propondo a volta dos pacientes residentes em hospitais para a comunidade.

No Brasil

No Brasil, final do século XIX, os médicos alienistas (psiquiatras), como em alguns outros países europeus, começam a cuidar dos “alienados” (portadores de transtornos mentais). Nas cidades maiores, a população passou a incomodar-se com comportamentos alterados que, anteriormente, eram bem aceitos.

Em 1852, no Rio de Janeiro, foi inaugurado o Hospício D. Pedro II, marco histórico, para abrigar pacientes alienados. Pouco tempo depois, as duas primeiras cátedras, Psiquiatria e Doenças Nervosas, respectivamente no Rio de Janeiro e Bahia, foram criadas. Em 1911, a psiquiatria passou a ser especialidade médica autônoma¹¹.

O modelo vigente, na época, era assistencialista, com os pacientes internados em hospitais distantes das cidades, especialmente em colônias agrícolas, que utilizavam o trabalho como instrumento terapêutico. O Hospital Psiquiátrico de Juqueri, na cidade de Franco da Rocha (São Paulo), foi um exemplo.

A responsabilidade legal do paciente com transtorno mental foi determinada pela Lei Federal 3.071, de 1916, que diz: “os loucos devem ser submetidos à curatela, internados os inconvenientes e sujeitos à interdição dos furiosos”.

Na primeira metade do século XX surge o estabelecimento de conexão entre doença mental e delito, e a proposta de medidas de prevenção em saúde mental¹¹.

Na década de 1970, ganhou força a crítica ao modelo hospitalocêntrico (o hospital como modelo assistencial hegemônico), com a internação, causando afastamento do convívio familiar e social, e a assistência centrada no modelo médico. Houve denúncias de maus tratos em instituições asilares, onde os pacientes eram privados de direitos de cidadania.

A década de 1980 foi um período de efervescência. Alguns grupos de profissionais ligados à saúde mental propuseram modalidades de atenção alternativas à internação.

A Constituição de 1988 enfatiza a importância da cidadania, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e dando força ao movimento antimanicomial (luta contra internação em instituição psiquiátrica asilar).

Em 1990, o projeto-lei do deputado Paulo Delgado solicitou, entre outros, a substituição do hospital psiquiátrico por outras formas de atendimento, alegando sua má utilização¹¹.

A “Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental”, de 1992, propôs que a doença mental fosse compreendida como “processo saúde-doença” e que a assistência englobasse a pessoa por inteiro, considerando origem, modo de vida, referências e diferenças. A conferência destacou a importância da cidadania e recomendou atender a “existência-sofrimento”, com a percepção de toda a vida da pessoa e não apenas sua situação de doença.

A Lei 3.657-D, de 1989, aprovada em 2001, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA EM PSIQUIATRIA

O diagnóstico diferencial e a exclusão de quadros orgânicos associados às manifestações psiquiátricas que acometem o Sistema Nervoso Central (SNC) estão entre as tarefas mais desafiadoras da psiquiatria.

O papel da investigação clínica é fundamental, usando avaliações como: funções, hepática, renal e tireoideana, exames de glicemia, dosa-

gem de eletrólitos (Na, K, Ca e Mg), hemograma completo e Urina tipo 1, e teste para sífilis (VRDL). Outros exames são realizados quando necessário, principalmente em quadros de confusão aguda, demência e abuso de substâncias psicoativas.

A eletrencefalografia (EEG), a Tomografia Computadorizada (TC), a Ressonância Magnética (RM), o SPECT (Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único) e o PET (Tomografia por Emissão de Pósitron) são métodos que ajudam a diagnosticar os transtornos mentais orgânicos por serem capazes de pesquisar a estrutura e a função cerebral¹².

Eletrencefalografia

A eletrencefalografia é um exame que pode ajudar na correlação de manifestações psiquiátricas específicas com alterações no registro da atividade elétrica cerebral, sendo um instrumento complementar em quadros de confusão aguda, distúrbio metabólico, processo encefalítico, lesão localizada no SNC e para diferenciação, mas não exclusão de quadro pseudoepilético e epilético.

Vídeo-EEG

O vídeo EEG é um exame que permite correlacionar os dados clínicos e eletrencefalográficos por meio da gravação dos eventos em vídeo. Ele auxilia a classificar, fornecer freqüência, investigar condições pré-cirúrgicas e realizar o diferencial entre crises e síndromes epiléticas ou não.

A monitorização do paciente pode ser feita de duas formas:

Monitorização prolongada: com internação.

Vídeo-EEG dia: permanência na sala de exame, por doze horas, em média, sem necessidade de internação.

Sabe-se que pacientes portadores de transtornos mentais apresentam mais epilepsia e alterações eletrencefalográficas que a população geral. Além disso, existem similaridades em alguns quadros psiquiátricos e neurológicos que precisam ser bem diferenciados.

Tomografia Axial Computadorizada (TC)

Tomografia Axial Computadorizada é uma modalidade de exame que utiliza raios-x, fornece boa imagem da estrutura cerebral e obtém imagens "fatiadas" do cérebro. Este exame pode identificar sangramento, infecção, inflamação e neoplasia. É particularmente indicada para quadros de confusão com suspeita de lesão no SNC.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Em psiquiatria é útil para quadros de demência, esquizofrenia e depressão, sendo que nos dois últimos evidencia alargamento nos ventrículos cerebrais. Também fornece dados sobre o funcionamento cerebral através dos índices de atividade neuronal, do metabolismo celular e do perfil dos receptores.

O SPECT (Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único) e o PET (Tomografia por Emissão de Pósitron) são técnicas que fornecem dados sobre o funcionamento cerebral, usando marcadores radioativos.

Os marcadores radioativos são administrados por via endovenosa ou inalação, entram na corrente sanguínea e são distribuídos de acordo com o fluxo do sangue, da glicose e da distribuição de receptores.

Ressonância Nuclear Magnética (RM)

É uma técnica que fornece imagens detalhadas da estrutura cerebral. Baseia-se nas propriedades magnéticas do corpo humano, ou mais especificamente, na emissão de sinais provenientes dos núcleos de hidrogênio que estão fortemente submetidos a um campo magnético.

Tanto a RM como a TC são técnicas úteis em pacientes com quadros de alterações neurológicas ou confusional, demência, primeiro episódio psicótico, mania, depressão, epilepsia, trauma e esquizofrenia refratária. A escolha da técnica deve considerar fatores como economia, disponibilidade, rapidez e conforto.

Polissonografia (PSG)

A polissonografia (PSG) consiste no registro simultâneo de algumas variáveis fisiológicas durante o período de sono principal por pelo menos seis horas consecutivas: Estes parâmetros são: eletrencefalograma (EEG), eletrooculograma (EOG), eletromiograma (EMG), eletrocardiograma (ECG), fluxo aéreo (nasal e oral), esforço respiratório tóraco-abdominal, gases sanguíneos (por exemplo, saturação arterial de oxigênio), tumescência peniana, entre outras.

A PSG fornece dados como latência de sono NREM e REM, eficiência de sono, porcentagem e distribuição das fases de sono, número e duração de despertares, índice de microdespertares, e de eventos respiratórios e motores, arritmias cardíacas e alteração de gases sanguíneos. Estes dados devem ser correlacionados com os dados clínicos.

Teste de latências múltiplas do sono (TLMS)

O teste de latências múltiplas do sono (TLMS) é o exame mais consagrado para a quantificação objetiva do grau de sonolência diurna. O TLMS é comprovadamente sensível e validado para documentação de sonolência após privação aguda ou crônica de sono, privação parcial ou total de sono, fragmentação do sono ou uso de drogas sedativas hipnóticas. O TLMS é confiável em termos de índices de teste – reteste e entre diferentes estagiadores. O TLMS mede o intervalo de tempo para o início do sono e reflete a tendência do paciente para adormecer em uma situação sem estímulos de alerta. Consiste-se em 5 registros poligráficos durante o dia seguinte após uma polissonografia noturna padrão no laboratório de sono. Estes cochilos diurnos devem ser iniciados de 1,5 a 3 horas após o término da polissonografia com pelo menos 6 horas de tempo total de sono. Os cochilos são realizados em intervalos de 2 horas, sendo que cada cochilo deve ser encerrado após 20 minutos se a pessoa não adormecer ou após 15 minutos caso ocorra sono.

EPIDEMIOLOGIA EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

As informações a respeito da frequência e da distribuição dos transtornos mentais são fundamentais para a formulação de políticas em saúde mental.

Nas últimas duas décadas, em diversos países, as pesquisas de base populacional em epidemiologia psiquiátrica geraram informações detalhadas sobre frequência, fatores de risco, incapacidade social e utilização de serviços de saúde.

Os principais estudos epidemiológicos que foram ou estão sendo realizados nos últimos anos são: a Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS), a Pesquisa de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha (OPCS), o Estudo Brasileiro Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica e os Estudos Longitudinais, conduzidos por Angst, em Zurique¹³.

Os dados gerados nos estudos epidemiológicos dependem essencialmente de seus delineamentos. Em psiquiatria, os interesses pelos estudos epidemiológicos têm sido na descrição e distribuição dos transtornos mentais na população, possíveis fatores determinantes, conseqüências diretas e indiretas dos transtornos, e avaliação da etiologia e história natural dos mesmos na comunidade.

Em estudos longitudinais (de coorte), as pessoas selecionadas a partir de uma determinada característica (exposição ou fator de risco, por

exemplo) são acompanhadas ao longo do tempo, registrando-se então a ocorrência de doença. Com essa abordagem, é possível saber o número de casos novos ocorridos em determinado período de tempo, medida epidemiológica conhecida como incidência.

Em estudos transversais verifica-se a ocorrência do transtorno, incluindo casos “novos” e “velhos”, em determinado momento, em uma dada população. Nesta abordagem metodológica, as pessoas não são acompanhadas ao longo do tempo, mas sim investigadas em um momento único. Essa medida epidemiológica é conhecida como prevalência. Os estudos transversais fornecem informações imediatas sobre a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais, essenciais para o planejamento de ações em saúde pública, apesar de suas limitações (viés de memória, viés de amostra, viés do instrumento)¹³.

INVESTIGAÇÃO GENÉTICA

Diferentes estratégias de investigação genética são utilizadas para identificar os genes determinantes de vulnerabilidade em transtornos mentais, como estudo com gêmeos, e de ligação e associação, que permitem identificar se as doenças são herdadas e se as regiões cromossômicas são potencialmente associadas, além de avaliar a contribuição de genes candidatos para as causas¹⁴.

RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) PARA A SAÚDE MENTAL¹⁵

Em 2001, a OMS propôs dez recomendações, em nível global, de longo prazo, de acordo com a realidade de cada país, objetivando minimizar seus problemas, considerando que transtornos mentais:

- causam custos em termos humanos, sociais e financeiros;
- provocam estigma e discriminação;
- não contam com serviços e profissionais em quantidade suficiente e qualidade adequada para seus enfrentamentos.

- Proporcionar tratamento na atenção primária

A atenção primária deve possibilitar o acesso mais rápido e efetivo da população aos serviços de saúde. Para tal, é necessário que os profissionais de saúde recebam formação e treinamento que os capacite a atuar em saúde mental.

- Garantir acesso aos psicofármacos

Os psicofármacos precisam estar disponíveis em todos os serviços, nos diversos níveis de atenção à saúde, uma vez que atenuam sintomas, reduzem a incapacidade, abreviam o curso dos transtornos mentais e previnem recaídas.

- Garantir atenção na comunidade

A comunidade precisa contar com serviços que atendam pacientes crônicos que estiveram institucionalizados, ofereçam intervenção precoce, realizem atendimento domiciliar, prestem assistência em reabilitação psicossocial e forneçam recursos como moradia e emprego para portadores de transtornos mentais.

- Educação em saúde para a população

Os serviços de saúde precisam realizar campanhas de educação e sensibilização para o público, sobre saúde mental, enfocando aspectos como: esclarecimento sobre transtornos mentais, recursos terapêuticos disponíveis, questão de estima e de discriminação e direitos de cidadania.

- Envolver usuários, famílias e comunidade

Os atores acima precisam ser envolvidos nas políticas, programas e serviços, objetivando maior aproximação entre os problemas e as soluções dos transtornos mentais.

- Estabelecer políticas e programas nacionais e legislação

Os programas, políticas e a Legislação de cada país devem considerar a necessidade de ações significativas e duradouras que observem conhecimentos atuais e direitos de cidadania.

- Formar recursos humanos

Os recursos humanos em saúde mental devem ser aumentados e aprimorados em suas formações. É necessário investir na formação de especialistas e mantê-los em seus países de origem.

- Criar parcerias com outros setores da sociedade

É necessário criar parcerias da saúde mental com outras áreas: da saúde, da educação, do trabalho, da previdência social e com organizações do terceiro setor.

- Monitorizar a saúde mental na comunidade

As informações e os indicadores devem ser usados através dos sistemas de informação e notificação em saúde, objetivando aprimorar ações.

- Dar mais apoio à pesquisa

As pesquisas que enfoquem aspectos biológicos e psicossociais, principalmente nos países em desenvolvimento, devem ser elaboradas e receberem suporte, objetivando criar intervenções efetivas e específicas para a realidade de cada país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peplau H. *Interpersonal relations in nursing*. New York: GP Putnam, 1952.
2. Cordás TA. *Psiquiatria sem preconceito*. Rio de Janeiro: Maltese, 1995.
3. Taylor CM. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
4. Stuart GW. Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidados competentes. In: Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artemd, 2001.
5. Trubowitz J. Historical overview, personality theories, and classification of mental illness. In: Varcropolis AM. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
6. Blashfield R. Psychiatric classification. In: Gary F, Kavanagh CK. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1990.
7. Jones E. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imado, 1989.
8. Del Porto JA. Evolução do conceito e controvérsias sobre transtorno bipolar do humor. *São Paulo: Rev. Bras. Psiquiatr.* v. 26, supp 3, 2004.
9. Guz I. *Terapêuticas biológicas nos distúrbios mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1974.
10. Dumet JM. *Assistência de enfermagem face à ansiedade desencadeada pela terapêutica neuroléptica [dissertação]*. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1970.
11. Mello IM. *Noções de políticas de saúde mental no Brasil*. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. *Manual de Enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu, 1997.
12. Cordas TA, Moreno RA. *Conduitas em psiquiatria*. São Paulo: Lemos, 2001.
13. Andrade LHG, Viana MC, Silveira CM. *Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher*. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 2, 2006.
14. Soares CN, Lafer B. *Exames complementares e investigação clínica em psiquiatria*. In: Cordas TA, Moreno RA. *Conduitas em Psiquiatria*. São Paulo: Lemos, 2001.
15. *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (Relatório sobre a saúde no mundo)*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (OMS), 2001.

2

A enfermagem psiquiátrica e de saúde mental

A enfermagem psiquiátrica e de saúde mental é a especialidade que presta cuidados ao paciente, família e comunidade com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Algumas definições costumam ser:

É uma arte curativa que auxilia pessoas que necessitam de cuidados de saúde e processo interpessoal que envolve interação entre enfermeiro e paciente.¹

Processo interpessoal no qual o enfermeiro ajuda uma pessoa (ou família) a prevenir ou enfrentar a experiência da doença, sofrimento e, se possível, descobrir um sentido para essa experiência.²

Processo no qual o enfermeiro auxilia as pessoas, individualmente ou em grupos, a obterem padrões gratificantes de relacionamentos interpessoais e papéis satisfatórios na sociedade.³

Processo no qual o enfermeiro auxilia o paciente a promover e manter comportamentos que contribuam para seu funcionamento integrado. O paciente pode ser o indivíduo, a família, o grupo, a organização ou a comunidade. Os três domínios da prática de enfermagem psiquiátrica são: os cuidados diretos, a comunicação e o gerenciamento.⁴

CONCEITOS E CRENÇAS

O enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental proporciona a assistência de enfermagem embasado em seus conhecimentos, conceitos e crenças sobre o ser humano e seu comportamento:

- o ser humano é único e de valor inerente pelo simples fato de pertencer à humanidade, valor herdado da tradição judaico-cristã;
- é um ser holístico, com o todo maior do que a soma de suas partes;
- apresenta numerosas necessidades interrelacionadas e interdependentes, e diferenças em seu modo de ser e agir;

- tem qualidades e potenciais para crescimento, dentro de suas possibilidades;
- deve ser enfatizado em seus recursos e habilidades e não em suas dificuldades;
- é um ser de relações, capaz de manter relacionamentos interpessoais efetivos com os demais;
- seu comportamento é aprendido e representa, naquele momento, a melhor adaptação possível. O enfermeiro precisa ajudar a modificar os disfuncionais;
- o comportamento sinaliza uma mensagem que pode ser sobre uma necessidade básica afetada e para a qual o enfermeiro precisa estar atento, preparado para compreender e, se possível, atender.³

O PAPEL E AS FUNÇÕES DO ENFERMEIRO

O papel do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental, em relação ao paciente, encontra-se dividido em funções:

Criador de ambiente terapêutico: o profissional desenvolve uma atmosfera receptiva e acolhedora no local onde ele é assistido.

Agente socializador: o profissional oferece oportunidades para se obter sucesso nas situações sociais através do gradativo desenvolvimento da sua segurança e auto-estima.

Conselheiro: o profissional ouve de maneira crítica, positiva, dinâmica e empática, evita dar opiniões e conselhos, e ajuda a formar opiniões e tomar decisões.

Professor: o profissional ensina e estimula a participar de atividades gratificantes e socialmente aceitas.

Figura significativa: o profissional oferece oportunidades para que possa vivenciar situações interpessoais que corrijam experiências anteriores não satisfatórias.

Técnico: o profissional, que deve manter conhecimentos atualizados em farmacologia, observa, interpreta e avalia reações diante das terapias somáticas, colabora com os membros da equipe para administração segura de tratamentos e orienta o paciente sobre aspectos relacionados aos mesmos.

Terapeuta: o profissional aplica a relação enfermeiro-paciente. Essa é a principal função do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental.¹

As funções do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental têm sido revistas, modificadas e ampliadas, de acordo com o desenvolvimento do conhecimento. Exemplos de áreas para o profissional estudar, compreender, manter e dominar:

- comportamento humano, funcionamento cerebral e propostas atualizadas de tratamentos dos transtornos mentais;
- concepção de saúde, atualmente entendida como resultante de fatores determinantes e condicionantes: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso a bens e serviços essenciais;
- concepção de cidadania com os usuários do sistema de saúde, portando direitos civis, políticos e sociais;
- normas e valores culturais que influenciam no comportamento da pessoa para lidar com a saúde;
- concepção de sociedade e ambiente colocados em dimensão mais ampla.

HISTÓRIA

No decorrer da História, o ato de cuidar apareceu como estratégia de sobrevivência da espécie humana e esteve ligado ao papel das mulheres nos lares.

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde, caracterizando-se por dar assistência a quem necessita.

Durante a Idade Média, no mundo ocidental, a atividade de cuidar foi oferecida em mosteiros e conventos, devido à concepção do cristianismo que preconizava “assistir ao próximo”. Essa atitude atendia aos interesses do doente e de quem prestava cuidados.⁵

A enfermagem moderna surgiu na Inglaterra, século XIX, a partir de Florence Nigthingale, que entendeu a necessidade do cuidador ter preparo formal.

A capacitação profissional era percebida como sem importância, em sua época, quando a maioria dos cuidadores nos hospitais não tinha qualquer formação.

A enfermagem, no modelo concebido por Florence Nigthingale, chegou aos Estados Unidos no século XIX. Uma de suas primeiras escolas de enfermagem foi a do *McLean Hospital*, fundada em 1882 para preparar enfermeiros psiquiátricos.⁴

Conta a História que as enfermeiras, que a princípio desempenhavam tarefas de caráter doméstico, ampliaram suas funções. Elas aprenderam fundamentos de farmacologia, como ministrar medicação, ajudar o médico na aplicação de tratamentos, administrar unidades hospitalares e métodos de ensino para treinar outras enfermeiras.⁶

No Brasil, as enfermeiras norte-americanas fundaram a primeira escola de enfermagem, no modelo Nigthingale, em 1923 (Rio de Janeiro).

Na época, a psiquiatria brasileira contava com recursos terapêuticos pobres e era centrada no hospital. As alunas tiveram noções dessa disciplina através de médicos de nosso meio e das enfermeiras norte-americanas.⁷

O aparecimento dos primeiros psicofármacos causou revolução no tratamento dos pacientes nos hospitais e possibilitou tratamentos menos alienantes, com mais contato com a família e sociedade.⁸

Até a década de 1970, havia poucos enfermeiros trabalhando nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Eles desempenhavam funções administrativas e de supervisão da equipe de enfermagem. A assistência era prestada por uma maioria de atendentes e alguns poucos auxiliares de enfermagem.⁹

No final da década de 1960, a Dra. Evalda Cançado Arantes, docente da Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, introduziu o “Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente” no ensino.

A referida abordagem preconiza uma interação sistematizada, humanizada e com o objetivo de ajudar a resolver problemas do paciente. É uma modalidade de focal terapia, embasada no modelo da enfermeira psiquiátrica norte-americana Hildegard Peplau.¹⁰

Nessa mesma época, a Dra. Maria Aparecida Minzoni, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, introduziu e estimulou o uso dos conceitos de Sigmund Freud pelos enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental, expandindo e humanizando o campo de atuação.¹¹

Até o final do século XX, a enfermagem psiquiátrica e de saúde mental continuou a aplicar sua prática embasada no modelo médico e priorizando os cuidados físicos.¹²

Em nossos dias, apesar da proposta de um novo modelo assistencial na área da saúde mental, o enfermeiro mudou pouco sua prática, apenas tendo acrescentado algumas abordagens. A suas principais atribuições continuam sendo a administração da unidade sob sua responsabilidade e supervisão da equipe de enfermagem.¹³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peplau H. Interpessoal relaciones in nursing. New York: G.P., Putanis, 1952.
2. Travelbee J. Intervention em enfermagem psiquiátrica. Colômbia: Carvajal, 1986.
3. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
4. Stuart GW. Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidados competentes. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
5. Almeida MCP. Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1983.
6. Kalkman M, Davis A. New dimension in mental health-psychiatric nursing. New York: Mc Graw-Hill, 1974.
7. Coelho CP. A escola de enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1997.
8. Dumet JM. Assistência de enfermagem face à ansiedade desencadeada pela terapêutica neuroléptica [dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1970.
9. Minzoni MA. Assistência de enfermagem psiquiátrica: estudo da situação num município paulista [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1971.
10. Arantes EC. O ensino do Relacionamento Terapêutico em enfermagem psiquiátrica. Rev. Brás. Enf., v. 26, n. 6, 1973.
11. Minzoni MA. Assistência ao doente mental. Ribeirão Preto: Artes Gráficas, 1977.
12. Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sob judice [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.
13. Mello IM. Avaliação da qualidade da assistência da divisão de enfermagem do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, sob o ponto de vista do prestador de serviço e do usuário [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

3

Os direitos do paciente e as diretrizes assistenciais

Os portadores de transtornos mentais dispõem de proteção e direitos, conforme modelo assistencial em saúde mental vigente no país.¹

OS DIREITOS DO PACIENTE¹

- Acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde, conforme suas necessidades.
- Benefício para sua saúde e garantia de sua inserção na família, trabalho e comunidade.
- Proteção contra abuso e exploração.
- Garantia de sigilo.
- Acesso aos meios de comunicação.
- Orientações sobre sua doença e tratamento.
- Tratamento em ambiente terapêutico.
- Tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental.

A INTERNAÇÃO¹

Os tipos de internação autorizados são:

Voluntária: ocorre com concordância do paciente, que assina o “termo de consentimento” e pode pedir alta da instituição quando quiser.

Involuntária: ocorre por solicitação de terceiros e sem concordância da pessoa. Nesse caso, em até 72 horas, o responsável técnico da instituição deve comunicar o Ministério Público Estadual.

Compulsória: determinada pela justiça.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

A internação só deve ocorrer devido à insuficiência de outros recursos terapêuticos, objetivar a inserção social e ocorrer com assistência integral, como serviços médicos, psicológicos e de assistência social, e contar com lazer, recreação e outros.

DIRETRIZES E NORMAS ASSISTENCIAIS PARA HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Uma Portaria do Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, classificou os hospitais psiquiátricos, definiu a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e orientou outras providências.²

Principais diretrizes SUS:

- Consolidação da implantação da atenção comunitária de base extra-hospitalar, articulada, territorial e com preocupação de inserção social.
- Organização de serviços com bases na universalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações.
- Asseguramento de continuidade de atenção.
- Asseguramento de multiprofissionalidade.
- Garantia de participação social na formulação e controle da execução das políticas de saúde mental.
- Articulação de planos diretores de regionalização.
- Definição dos órgãos gestores responsáveis pela regulamentação local, normas, controle e avaliação dos serviços prestados.

Conceitos e orientações assistenciais para hospitais psiquiátricos: ²

- Hospital psiquiátrico é definido como aquele cuja maioria de leitos é destinada aos tratamentos psiquiátricos especializados, em regime de internação.
- O hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental.
- A porta de entrada para atenção deve estar situada no território de referência para o hospital.
- O uso de espaços restritivos (celas fortes) é proibido.
- A correspondência do paciente é inviolável.
- O registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados no paciente deve ser em prontuário único. Todo profissional assistencial de nível superior tem de registrar seu atendimento no mínimo uma vez por semana.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

- A equipe de enfermagem deve fazer anotação diária.
- O paciente deve receber, de acordo com suas necessidades, as avaliações médica, psicológica e social, e atendimento diário de pelo menos um membro da equipe profissional, conforme o plano terapêutico.
- As modalidades de atendimento individual previstas são: medicamentos, psicoterapia breve, terapia ocupacional e outras.
- As modalidades de atendimento grupal previstas são: grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividade socioterápicas e outras.
- O preparo para a alta hospitalar e garantia de continuidade do atendimento na modalidade pertinente, como ambulatório, hospital-dia, centro de atenção psicossocial, residência terapêutica, com objetivos de reintegração social e familiar, e prevenção de novas internações são necessários.
- O projeto terapêutico escrito do paciente precisa ser encaminhado à instituição de referência, visando continuidade do tratamento. Paciente de longa permanência (mais de um ano) requer projeto terapêutico específico.
- A família do paciente deve receber esclarecimentos sobre doença, tratamento e outros.
- A presença de quarto de intercorrências clínicas com o material para atendimento de urgência clínica, como cama Fowler, oxigênio, aspirador de secreções, vaporizador, nebulizador, carro (ou bandeja) de curativo e carro (ou bandeja) para atender parada cardiorrespiratória é obrigatória.
- A área externa para caminhada ou prática de esportes, assim como salas de jogos e de estar, televisão, música ambiente e outros são necessários.

Quadro (mínimo) de pessoal assistencial para hospitais psiquiátricos: ²

- 01 médico plantonista nas 24 horas;
- 01 enfermeiro, das 19h às 7h, para cada 240 leitos;
- 01 médico para cada 40 pacientes;
- 01 enfermeiro para cada 40 pacientes;
- 01 assistente social, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional para cada 60 pacientes;
- 04 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos;

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

- 01 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 01 nutricionista e 01 farmacêutico para cada 240 leitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (Legislação Federal).
2. Portaria/GM n. 251, de 31 de janeiro de 2002.

4

Os locais e a equipe assistencial

LOCAIS

Os locais onde os pacientes com transtornos mentais costumam ser atendidos no Brasil são: ¹

Unidade Básica de Saúde (UBS)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) tem a missão de prestar atendimento ao portador de transtorno mental na atenção primária, atuando na área da promoção, prevenção e tratamento de transtornos psiquiátricos de baixa complexidade. Idealmente, a UBS é a porta de entrada no sistema de saúde.

Ambulatório especializado

O ambulatório especializado desenvolve ações mais complexas do que a UBS. Após recepção e triagem do paciente, realiza-se diagnóstico e tratamento.

Atualmente, as organizações psiquiátricas e de saúde mental que possuem melhores infra-estruturas, incluindo recursos humanos e equipamentos, tendem a manter grupos de profissionais especializados em diferentes transtornos mentais, como do humor, da ansiedade e alimentares.

Unidade de internação

A unidade de internação é utilizada quando a gravidade do quadro do paciente é incompatível com outras formas de atenção, objetivando protegê-lo dando-lhe o necessário suporte terapêutico.

Unidade de semi-internação (hospital dia, centro de reabilitação, centro de atenção psicossocial e outras)

A unidade de semi-internação fornece atendimento a paciente com problemas mentais, moderado ou grave, em regime de internação parcial, freqüentemente egresso de internações psiquiátricas. Um dos principais objetivos, no regime de internação parcial, é a Reabilitação psicossocial.

Emergência Psiquiátrica (Pronto Socorro Psiquiátrico)

A unidade de Emergência Psiquiátrica objetiva atender paciente com quadro agudo grave, evitando a internação psiquiátrica. Para tal, possui leitos de observação para tratamento intensivo, com permanência por período limitado (até 72 horas).

As atuais políticas de saúde mental recomendam que as emergências psiquiátricas, assim como as unidades de internação estejam inseridas em hospitais gerais.

Atendimento domiciliar

Nessa modalidade de atendimento, o paciente recebe assistência dos profissionais de saúde mental no domicílio.

EQUIPE ASSISTENCIAL

Recomenda-se que o portador de transtorno mental seja atendido por equipe multiprofissional, que pode ser composta por psiquiatra, enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental e equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista e professor de educação física. Nem sempre há necessidade, ou possibilidade, de contar com todos esses profissionais.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Lino MA. Locais onde o doente mental é atendido. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.

5

Assistência básica em enfermagem psiquiátrica e de saúde mental

A ASSISTÊNCIA

O conjunto de cuidados (assistência) dispensados pela equipe de enfermagem ao portador do transtorno mental deve levar em consideração características da pessoa e quadro e, conforme preconiza a abordagem holística, contemplar aspectos biológico, psicológico, ambiental, social e espiritual.

Nessa modalidade de assistência, as necessidades básicas afetadas precisam ser atendidas com os direitos de cidadania respeitados.

As necessidades físicas (ou fisiológicas), por serem fundamentais para a sobrevivência, são as primeiras a serem atendidas, o que não significa falta de atenção às demais.

Nesse capítulo, são destacados os aspectos da assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental.

Alimentação

A alimentação adequada é indispensável para a recuperação e boa saúde do organismo.

Algumas alterações do padrão alimentar são encontradas diante de determinados transtornos mentais: ¹

– o portador de transtorno do humor, fase depressão, tende a comer menos. Cabe à equipe de enfermagem estimular e oferecer alimentos em ambiente agradável e descobrir preferências alimentares. O portador de depressão grave, às vezes, precisa receber alimento na boca;

– o portador de transtorno do humor, fase mania, tem dificuldade de sentar-se para comer, devido à aceleração causada pelo excesso de energia. Deve receber alimentos calóricos e fáceis de serem ingeridos;

– o portador de transtorno de ansiedade pode não comer, comer compulsivamente e manter rituais para alimentar-se. Necessita de variados graus de supervisão;

– o paciente com quadro psicótico, principalmente com delírio persecutório, pode julgar que a comida está envenenada e recebe ordens para não comer. Uma abordagem verbal adequada, além de testar o alimento na sua presença costumam tranquilizá-lo;

– o portador de um transtorno orgânico pode estar confuso e desorientado. É necessário colocar o alimento em sua boca. Essa mesma estratégia pode ser necessária para criança pequena e idoso;

– o paciente que faz uso de psicofármacos pode ter dificuldades para mastigar e deglutir, devido aos efeitos colaterais. É preciso aguardar com calma que se alimente ou ajudar;

– o portador de transtornos alimentares tem padrões alimentares peculiares. Preferencialmente, deve ser abordado por programa elaborado pela equipe multidisciplinar que realiza seu tratamento.

Os profissionais de enfermagem devem observar dificuldades relacionadas a aspectos como:

- hábitos culturais;
- apetite caprichoso;
- necessidade de dietas especiais, como líquida ou pastosa;
- presença de patologias orgânicas, como diabetes e hipertensão arterial;
- comportamento de manipulação para obter ganhos.

O paciente sempre se beneficiará de cuidados como:

- local limpo e agradável para comer;
- pratos saborosos e de boa qualidade calórica;
- companhia de outras pessoas durante a refeição;
- horários adequados e organizados para alimentação;
- respeito por hábitos alimentares;
- observação e anotação do que ingeriu;
- programa de exercícios físicos, de acordo com sua condição.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Não se recomendam medidas como:

- uso de alimento como prêmio ou castigo;
- introdução forçada de alimento na boca, devido ao risco de traumatismo;
- uso de manipulação ou falsas promessas para que coma.

Sono

O sono é fundamental para o organismo restabelecer equilíbrio físico e emocional.

A criança recém-nascida dorme a maior parte do dia, mas diminui gradativamente o tempo gasto com o sono. O adulto dorme em média oito horas por dia.²

Os distúrbios no sono podem ser causados por alterações ambientais, problemas clínicos e transtornos mentais.

Os quadros psiquiátricos mais comuns que causam alterações no sono são os transtornos do humor, da ansiedade e do pensamento (esquizofrenia). As drogas psicoativas também podem causar alterações.

A “Associação dos Distúrbios do Sono” classifica os transtornos em quatro grupos:

De iniciação e manutenção (insônia): caracterizado por falta de sono. A ansiedade e a depressão são causas importantes.

De sonolência excessiva (hipersonia): caracterizado por excesso do sono. Inclui a narcolepsia, a apnéia do sono e os transtornos noturnos do movimento (Exemplo, a síndrome das pernas inquietas).

Do horário sono-vigília: caracterizado por um sono normal, mas em horário errado. Costuma ser temporário e circunscrito. É associado às mudanças de fuso horário (viagens aéreas e alterações de turno de trabalho). Geralmente, com o tempo, o organismo se adapta.

Associado com estágios do sono (parassonias): caracterizado por anomalias (sonambulismo, terror noturno, pesadelo e enurese). As crianças podem apresentar distúrbios do sono com efeitos significativos sobre o funcionamento de seus organismo.

A equipe de enfermagem deve proporcionar condições para o repouso e orientar quanto às medidas de “Higiene do sono”.³

- manter horários regulares de dormir e despertar;
- não usar cafeína, álcool e cigarro em horário de dormir;
- evitar a utilização excessiva de hipnóticos;
- manter refeições e exercícios regulares, que não sejam próximos ao horário de dormir;
- usar a cama apenas para dormir e manter atividade sexual. Não ler, assistir televisão e realizar outras atividades nela;
- evitar dormir durante o dia;
- usar hipnóticos apenas quando estritamente necessário (curto prazo, 1 a 2 semanas, sob prescrição médica) para ajudar em dificuldade para dormir;
- manter quarto escuro, sem ruídos e na temperatura preferida da pessoa;
- recorrer às técnicas de relaxamento e de formação de imagens sensoriais combinadas.

Aparência pessoal e higiene

Os cuidados com higiene e boa aparência pessoal são medidas que favorecem a saúde e ajudam a manter a auto-estima, pois a pessoa se percebe e é percebida como melhor quando está bem-cuidada.

Para o portador de transtorno mental, esse aspecto é fundamental, pois é comum que tenha a auto-estima afetada pelo estigma da doença.⁴

Caso não consiga manter os cuidados pessoais deve ser estimulado a:

- tomar banho todos os dias;
- manter cabelos arrumados, de acordo com gosto e preferência;
- fazer barba e depilação;
- cuidar da pele;
- cortar unhas e usar esmalte, caso goste;
- cuidar dos dentes;
- usar roupas e calçados, de acordo com local, clima e moda;
- usar desodorante;
- usar adereços, perfume e maquiagem, de modo adequado, caso aprecie.

Ocupação e lazer

Ocupação e lazer são elementos indispensáveis na vida do ser humano. Usados com objetivos terapêuticos aumentam a auto-estima, a independência e evitam incapacidade social e mental.⁵

Os estudiosos da saúde mental afirmam que o ócio é pernicioso ao fornecer oportunidade de preocupação excessiva, inclusive com a doença.

A ocupação proporciona oportunidades de aquisição de habilidades que mantêm a competitividade no mercado de trabalho e ajuda no desenvolvimento pessoal.

Atividades que proporcionam movimento ajudam a mobilizar emoções, causam relaxamento e diminuem a sensação de opressão no organismo.

No aspecto social, as atividades relacionadas à recreação e ao lazer permitem contatos e envolvimento com outros seres humanos.

As principais atividades desenvolvidas em unidades de saúde mental estão a seguir:

- plásticas e artísticas: modelagem, pintura, escultura e redação;
- danças e jogos que treinam a competição;
- exercícios corporais;
- leitura, música e apresentação de filmes;
- trabalhos manuais: bordado, carpintaria e tricô;
- decoração de ambientes;
- culinária.

A equipe de enfermagem, ao oferecer atividades de ocupação e lazer, deve considerar e enfatizar determinados aspectos:^{6,7}

- danças e jogos treinam a competição;
- que estejam de acordo com capacidade, aptidão e preferência de cada paciente;
- que tenham preferencialmente objetivo pedagógico;
- que estimulem o crescimento e a participação pessoal;
- que tenham graus de dificuldades gradativos, e que o paciente seja positivamente recompensado à medida que cumpre tarefas;
- que as tarefas tenham características de profissão, preferencialmente, visando desenvolver habilidades e treinamento profissional.

Observar que algumas tarefas são em grupos e outras individuais.

Em relação à atividade física, existe estudo, em nosso meio, que demonstra a importância de atividade física para o portador de transtorno mental, incluindo essa atividade no tratamento.⁸

Sexualidade

A bíblia foi o primeiro livro a abordar a questão da sexualidade humana. Orientou a prática sexual com o objetivo de procriação e estabeleceu padrões de comportamento considerados corretos em seu tempo. O homossexualismo masculino e a prostituição foram as duas condições que mais interditou.

A psiquiatria, por ter sofrido influências da religião e de grupos sociais, em diversos momentos posicionou-se contra atos da área da sexualidade, como masturbação e homossexualidade. Usou julgamentos morais não fundamentados na ciência, obstruindo a compreensão e o desenvolvimento do ser humano.

No século XX, estudiosos da área da sexualidade entenderam que a identidade sexual depende de uma série complexa de fatores: os cromossomos, a anatomia, a morfologia e os aspectos psicológicos.

Na área da enfermagem, existem poucos estudos relacionados à sexualidade. Há evidências de que seus profissionais têm dificuldades em lidar com esse aspecto.

Um estudo de enfermagem sobre a sexualidade do portador do transtorno mental mostrou o enfermeiro: negando-a, circunscrevendo-a na relação de desvios, transgressões e doenças, e agindo de acordo com as expectativas institucionais e sociais.⁹

Recomenda-se aos elementos da equipe de enfermagem que, ao lidarem com aspectos ligados à sexualidade:

- reflitam sobre o modo como a abordam;
- analisem como a encaram: de forma positiva ou negativa;
- revejam os conhecimentos sobre o corpo humano;
- analisem se há preconceitos relacionados ao tema.

Alguns tópicos devem ser usados no preparo dos elementos da equipe de enfermagem:

- semelhanças e diferenças entre os gêneros;

– conhecimentos sobre os genitais, formas de prazer sexual, tipos de relações sexuais, masturbação, jogos sexuais, namoro, gestação, parto e amamentação.¹⁰

O entendimento e dimensionamento de todos os aspectos relacionados ao corpo humano, como estrutura, funcionamento e reprodução, ajudam os profissionais da saúde a perceberem a sexualidade de modo amplo, colocando-a na proporção que merece na vida do ser humano.

Assistência espiritual

Em uma unidade de saúde mental o paciente pode requerer assistência espiritual.

Nem sempre os profissionais da saúde mental estão preparados para atender. Nesses casos, recomenda-se usar os recursos disponíveis no serviço ou comunidade.

Acredita-se que a assistência espiritual possa ser dada por qualquer profissional de saúde, quando entendida como “compreensão e conforto em relação ao sofrimento que a pessoa está vivendo, não como evangelização”.

Algumas considerações são importantes em relação à espiritualidade e sua assistência:

- buscar a espiritualidade é uma necessidade humana básica;
- as diferenças entre as pessoas na busca da espiritualidade são enormes;
- a pessoa que está com problemas sérios de saúde geralmente tem sentimentos de medo e insegurança;
- a dor, a perda e a enfermidade fazem parte do processo da vida e podem ser ajudadas por atitudes positivas por outro ser humano.

As habilidades necessárias para prestar assistência espiritual ao paciente são: saber ouvir atentamente para depois falar, envolver-se emocionalmente, aprender com a pessoa e saber proporcionar esperança.¹¹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grando LH, Centeno A. Alimentação. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
2. Campos EA. O sono. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.

3. Lahmeyer HW. Distúrbios do sono. Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
4. Bellegarde IMT, Grando LH. Higiene pessoal e aparência. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. *Manual de Enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu, 1997.
5. Grando LH, Centeno A. Ocupação e lazer. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. *Manual de Enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu, 1997.
6. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artemd, 2001.
7. Taylor CM. *Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
8. Lino MA, Takeda O. A importância da atividade física no tratamento do paciente psiquiátrico. In: *Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP*, v. 4, n. 2, 2000, pg. 09-11.
9. Miranda FAN. *Doente mental: sexualidade negada*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.
10. Augusto MGF, Costa M, Paladino MM. *As crianças querem saber. E agora?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
11. Vassão E. *No leito da enfermidade*. São Paulo: Cultura Cristã, 1997.

6

Exame psíquico (avaliação do estado mental)

O exame psíquico é muito importante na área de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, pois detecta as alterações e/ou anormalidades no estado mental atual do paciente.

O estado mental pode ser avaliado pelo funcionamento do conjunto das áreas que compreendem o psiquismo como: a cognição (atenção, orientação, percepção, julgamento, raciocínio e memória), humor, afeto e inteligência.

Para realização do exame psíquico, recorre-se à observação do comportamento. A formulação de perguntas específicas também ajuda na avaliação.¹ As principais áreas do psiquismo que costumam ser avaliadas nos portadores de transtornos mentais são:

Cognição

A cognição é o conjunto de capacidades que fazem com que o ser humano compreenda suas experiências e interaja com o meio ambiente: atenção, orientação, percepção, julgamento, raciocínio e memória.²

Atenção e Concentração

A atenção é a habilidade de fixar a atividade mental em algo. Pode ser espontânea, ocorrendo naturalmente, durante todo o tempo, ou voluntária, dependendo de empenho e motivação pessoais, como ao assistir à aula, procurando captar informações. A atenção pode estar abolida, diminuída, alterada e aumentada (hipervigilante).

A concentração é a capacidade de atenção acurada em uma determinada situação. A concentração pode ser diminuída ou abolida.

Orientação

A orientação parte da percepção correta da identidade própria, do lugar onde se encontra, do tempo cronológico e das pessoas. A desorientação, ou seja, falta de orientação adequada, pode ser classificada em:

Autopsíquica: incapacidade de se reconhecer, não conseguindo dar informações como: nome, idade, filiação e origem.

Alopsíquica: incapacidade de localizar-se no espaço, tempo ou em relação às demais pessoas.³

Percepção

Percepção é o modo como se percebe a realidade, usando os órgãos dos sentidos e a interpretação. É considerada normal quando uma experiência pode ser compartilhada ou reconhecida como real pelas demais pessoas.

Os principais distúrbios de percepção são:

Alucinações: percepções na ausência de estímulo real (falsa percepção). Estão relacionadas aos órgãos dos sentidos, ou seja, auditivas (ouvir vozes que não existem), visuais (ver objetos que não estão no ambiente), gustativas (sentir gostos sem estímulos), olfativas (sentir cheiros inexistentes) e tácteis (sensação de ser tocado por matéria inexistente).

Sensações de estranheza: percepções diferentes da realidade como a sensação de que há uma névoa entre a pessoa e os objetos.

Sensações de transformação corporal: como as percepções de que o corpo, ou parte do mesmo, estão diferentes.

Alucinose alcohólicas: alucinações visuais, auditivas e tácteis, características da abstinência por álcool, que surgem na ausência de outros sintomas psicóticos.

Ilusões: percepções deformadas de objetos que existem. Estão associadas aos órgãos dos sentidos, podendo ser auditivas, visuais, olfativas, tácteis e cenestésicas.³

Julgamento

O julgamento é a atividade mental pela qual se aprecia determinada proposição (ou situação) e elabora-se um juízo ou definição para a mesma. Ele envolve o processo de captação da proposição, análise, correlação de fatos e extração de conclusões.

Os distúrbios do julgamento são quantitativos (abolido, diminuído ou aumentado) e qualitativos (prejudicados).

O distúrbio de julgamento mais presente na esfera da saúde mental é o delírio (qualitativo, com julgamento prejudicado).

O delírio pode ser definido como uma crença falsa que não condiz com o tipo de conhecimento e bagagem cultural da pessoa, persiste diante das evidências e argumentos lógicos e faz com que a mesma se comporte em coerência a ele. Os delírios mais conhecidos são os de perseguição, grandeza, místico e transformação corporal.

Raciocínio

Raciocínio é o processo mental que envolve um encadeamento lógico de dados (ou fatos) para chegar à conclusão adequada. Ele objetiva obter respostas, usando a razão. Para raciocinar, é necessário que a pessoa esteja apta a compreender, organizar e elaborar conceitos e idéias.

Memória

A memória diz respeito à capacidade de reter experiências, recentes ou remotas, vividas no passado. Os distúrbios da memória são: diminuição, alteração e incapacidade de lembrar.

Consciência (consciente)

Na psiquiatria biológica, consciência é a capacidade pessoal de apreciar ou responder aos estímulos do ambiente através dos órgãos dos sentidos (grau de vigília). Entre seus distúrbios estão o estreitamento (diminuição do campo de ação da consciência) e a obnubilação (turvação ou obscurecimento).

No modelo psicanalítico, o consciente é a área da vida psíquica da qual se tem conhecimento (ou consciência) e inconsciente a área da qual não se tem conhecimento. É uma estrutura dinâmica, matriz da atividade consciente. Psique é o conjunto de características psicológicas da pessoa, como inteligência, caráter, temperamento, emoções, desejos e afetos.

Vida psíquica diz respeito à atividade do psiquismo.

Pensamento (ideação)

Pensamento é a representação de vivências na consciência ou mente humana. Os distúrbios podem ser no ritmo (lento, acelerado) e nas caracte-

terísticas (entre outros, a presença de bloqueio, desagregação, perseveração, obsessão e outros).³

Inteligência

Existem inúmeras definições de inteligência. Uma boa definição de inteligência é a capacidade de saber buscar informações, conhecimento e recursos, aplicando-os, adequadamente, nas esferas da vida pessoal, ocupacional e social.

Atualmente, a inteligência é percebida em uma visão ampla, composta de vários tipos como lingüística, lógico-matemática, musical, espacial, corporal-cinestésica, interpessoal e intrapessoal (o quociente de emoção ou inteligência pessoal é constituído das duas últimas).⁴

Quanto mais habilidades a pessoa tiver, considerando os vários tipos de inteligência, mais probabilidade de ser bem-sucedida nas diversas áreas da vida.

Humor

Humor é o estado emocional (conjunto das emoções) que influencia a personalidade e funcionamento da pessoa. As variações (flutuações) do humor são naturais no ser humano.

Os distúrbios no humor são detectados pela interferência no funcionamento social e fisiológico e podem variar em intensidade, amplitude e persistência. Os mais graves são a depressão e a mania.

Depressão: estado emocional caracterizado por humor deprimido (tristeza, angústia), anedonia (falta de vontade de fazer o que antes apreciava), falta de energia, além de alterações fisiológicas, cognitivas e de comportamento.

Mania: estado emocional caracterizado por intensa ativação psicofisiológica, com o humor elevado ou eufórico (felicidade, expansividade), vontade de realizar inúmeras atividades, elevação da energia, além de alterações fisiológicas, cognitivas e de comportamento.⁵

Afeto

O afeto é o modo de expressar as emoções, observável na postura, movimentos do corpo, expressão facial e tom de voz. O afeto pode ser restrito, amplo, embotado, plano e inadequado. O modo como é percebido varia nas diversas culturas do mundo.

Os afetos planos, embotados e inadequados são considerados distúrbios, devido à dificuldade ou inadequação em expressar emoções.⁵

Insight

Insigt pode ser definido como a percepção (ou compreensão) de uma determinada situação. Essa percepção pode ser adquirida gradual ou subitamente.

Imaginação

Capacidade de desenvolver atividade criativa em nível mental, geralmente sendo vivenciada como uma experiência gratificante e enriquecedora. É natural e livre na infância. Seus distúrbios são quantitativos: abolição, diminuição e exaltação e qualitativos: fabulação e mitomania.³

Fala

Expressão do pensamento (ou idéia) através da palavra. Apresenta características como ritmo (rápido ou lento), volume (alto, baixo), quantidade (excesso, escassez, mutismo).

Vontade

Disposição de partir para a ação. Seus distúrbios são quantitativos (abulia, hipobulia e hipebulia) e qualitativos (todas as alterações na vontade).

Atividade motora

Capacidade de movimentação física. Pode ser caracterizada por estado (inquieta, tensa, agitada, lenta) e presença de peculiaridades (tique, trejeito, compulsão).

Senso ético

Senso ético pode ser definido como a capacidade de diferenciar entre certo e errado. Os conceitos do que é certo ou errado são definidos pelo grupo social e pela própria pessoa, partindo de valores.

O senso ético depende do aprendizado transmitido durante o processo de desenvolvimento do ser humano. Os principais distúrbios são:

Hiper moralidade: senso ético aumentado, com presenças de escrúpulo por medo de errar, culpa e auto-acusação diante da percepção, real ou imaginária, de erro.

Senso moral desviado: senso ético não aceito pela sociedade e de referência para grupo minoritário, com normas e padrões próprios. Ex: os de prostitutas, ladrões e presidiários.

Imoralidade: prática do determinado como errado, apesar de saber distinguir o que é certo e errado.

Amoralidade constitucional: incapacidade de discernir entre certo e errado.³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stuart GW. Contexto psicológico do cuidado de enfermagem psiquiátrica. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
2. Flaherty JA, Channon RA, Olson D. Avaliação Psiquiátrica Geral. In: Flaherty JA, Channon RA, Olson D. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. Grando LH, Mello IM. Noções de psicopatologia. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
4. Gardner H. Múltiplas inteligências. New York: Basic Books, 1993.
5. Stuart GW. Respostas emocionais e transtornos do humor. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.

7

Cuidados intensivos em psiquiatria

UNIDADE DE CUIDADO INTENSIVO

Sabe-se que uma unidade de cuidados intensivos para portador de transtorno mental precisa contar com serviços de apoio estruturados como: laboratórios para exames clínicos, farmácia, serviços de nutrição e transporte, área administrativa. Em alguns aspectos, o ambiente deve ser similar ao de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) clínica, concentrando recursos humanos, materiais e tecnológicos para atender quadros graves.

Por outro lado, é necessário contar com profissionais da área da saúde mental, capacitados em lidar com situações graves. Profissionais com esse perfil normalmente encontram-se concentrados nas unidades de saúde mental que prestam atendimentos complexos (terciários e quaternários).

O TRATAMENTO

Tratamento psiquiátrico intensivo pode ser definido como o prestado ao paciente com quadro complexo (grave). Requer conhecimentos como: psicofarmacologia, farmacologia geral, clínica médica e domínio de técnicas de abordagem verbal, relaxamento e contenção física.

As principais indicações para um portador de transtorno mental ser assistido em unidade intensiva são a presença de auto e hetero-agressividade, a agitação psicomotora e os problemas clínicos.

Os pacientes assistidos em unidades intensivas psiquiátricas costumam ter ou estar com: ¹

- transtorno do humor grave, fase depressão, geralmente com ideação suicida;

- transtorno do humor grave, fase de mania franca, com risco de integridade física;
- transtorno de ansiedade grave;
- quadro psicótico grave;
- quadro de abstinência ou intoxicação por substâncias psicoativas;
- crises epiléticas de difícil manejo.

Os quadros *delirium tremens* e *delirium* têm indicação para UTIs clínicas, embora, por vezes, sejam atendidos em unidades de psiquiatria e saúde mental.

O AMBIENTE

O ambiente da unidade de cuidado intensivo precisa de áreas e recursos específicos:

- área física restrita com dois espaços distintos, ou seja: um para atender paciente com quadro predominantemente clínico (*delirium tremens* e *delirium*) e outro para paciente com quadro predominantemente comportamental (agitação psicomotora e agressividade física);
- iluminação adequada: para oferecer aos pacientes delirantes ou intoxicados (bastante luz);
- estímulos ambientais como: cores suaves, poucos ruídos e odores;
- orientadores de tempo, espaço e pessoas: relógios, calendários, nome da unidade e profissionais com crachás;
- camas baixas e fixas para contenção mecânica de paciente agitado;
- camas clínicas para atendimento de paciente clínico (tipo fowler);
- material de emergência clínica: desfibrilador (ou ambú), oxigênio, material para intubação endotraqueal e soros;
- material para contenção mecânica (faixas ou faixas no modelo especificado pela instituição);
- armário (ou carrinho) com medicações para emergências, clínica e psiquiátrica;
- material de conforto para a equipe de enfermagem: poltrona (ou cadeira) e mesa para escrever;
- material para transporte de pacientes: maca, cadeira de rodas e ambulância.

QUADRO OU SITUAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE ALTA COMPLEXIDADE

Suicídio

O suicídio é considerado um comportamento de múltiplas causas. Entre os transtornos e quadros psiquiátricos mais relacionados ao suicídio estão: depressão, quadros psicóticos e transtornos de personalidade.²

Na sociedade ocidental, o suicídio tem sido mais encontrado nas mulheres, adultos jovens e adolescentes.

A chegada de um paciente com suspeita ou comprovação de tentativa de suicídio em uma unidade de atendimento exige medidas como: ¹

- priorizar os cuidados clínicos, com atenção para a investigação do uso das drogas mais comumente usadas nesses atos;
- obter informações relevantes dos acompanhantes;
- fazer avaliação psiquiátrica após desintoxicação;
- fazer pesquisa de transtornos psiquiátricos, estresse psicológico e problemas sociais;
- observar presença de fatores de risco: sexo masculino, acima de 45 anos, sem companheiro, desempregado, sem suporte familiar, acesso fácil aos meios potenciais letais, presença de doença crônica ou psiquiátrica, tentativa prévia de suicídio, ideação suicida persistente e tentativa violenta de suicídio.

O paciente com suspeita ou evidência de tentativa de suicídio deve ser mantido em observação constante pela equipe de enfermagem, em local que não ofereça meios para a auto-eliminação.

Ele deve ser orientado de maneira constante e incisiva, por toda equipe de saúde, e perceber que se trata de uma doença tratável.

As condutas tomadas, prevendo os riscos que terá após deixar o serviço de saúde, devem levar em consideração sua condição e seus suportes familiar e social.

Síndromes mentais orgânicas

As síndromes mentais orgânicas são causadas por: abuso e abstinência de substâncias psicoativas, isquemia cerebral, hipóxia, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos e hormonais, carência de vitaminas, falências de órgãos (rins, fígado ou coração), quadros icterais e pós-ictais, trauma craniano, lesão expansiva, doenças infecciosas e inflamatórias do Sistema Nervoso Central (SNC).

A principal síndrome mental orgânica é o *delirium* cujo tratamento começa com correção da causa.³

A equipe de enfermagem, ao assistir portadores de quadros orgânicos, precisa, entre outros, de bons conhecimentos em clínica médica.

Quadros de ansiedade

A ansiedade grave requer tratamento intensivo. Geralmente faz parte de transtornos mentais:⁴

- ansiedade secundária aos transtornos ansiosos: pânico, comportamento obsessivo-compulsivo e fobias;
- ansiedade secundária a outros transtornos mentais, geralmente do humor e quadros psicóticos.

O papel da equipe de enfermagem diante da ansiedade, moderada ou grave, é dar suporte terapêutico até a melhora e evitar que o paciente ponha a integridade física em risco.

Comportamento violento (fisicamente agressivo)

Uma das situações mais difíceis de ser abordada pelos profissionais da saúde é o comportamento violento. Suas causas podem ser sintoma psicótico, transtorno de personalidade, intoxicação por drogas e componente orgânico.

As principais características do comportamento físico agressivo são: surgimento abrupto, agressividade e a destrutividade.

O potencial de agressividade física da pessoa pode ser avaliado por seu comportamento através da postura física, discurso e atividade motora, como exemplos:^{5,6}

- demonstrar tensão, insistir em ficar em pé e andar de um lado para o outro;
- aumentar tom de voz;
- manter discurso acelerado;
- mostrar intolerância à abordagem;
- observar o ambiente com desconfiança;
- expressar irritação com o atendimento.

A resolução da situação costuma envolver as etapas, na seguinte ordem:

- abordagem adequada verbal;

- contenção física quando a medida anterior não é suficiente;
- medicação específica (geralmente neurolépticos e ansiolíticos).

Medidas que precisam ser observadas no atendimento do paciente com potencial para violência:

- dar atendimento em local que mantenha privacidade, sem objetos potencialmente perigosos e que proporcione segurança, podendo contar com a equipe de tratamento ou segurança;
- evitar o confronto verbal, mantendo diálogo amigável e firme.

Os elementos da equipe de enfermagem necessitam:

- conhecer a técnica de contenção física;
- saber trabalhar em equipe, que deve ter número suficiente de pessoas para evitar riscos ao paciente e demais;
- ter preparo para dar suporte terapêutico, se o paciente precisar ficar fisicamente contido.

As unidades de saúde que atendem pacientes com potencial para violência necessitam:

- ter um protocolo rigoroso de restrição física por escrito para toda a equipe de saúde com procedimentos e responsabilidades de cada profissional;
- manter o número ideal de pessoas para fazer a contenção física de pessoa agitada;
- ensinar a técnica de contenção a todos os elementos que ficarão responsáveis por essa atividade. Cada organização tem a responsabilidade de supervisionar se a técnica é empregada adequadamente.

É preciso estar claro que a contenção mecânica do paciente agitado não é competência exclusiva de qualquer categoria profissional.

Cada organização estabelece sua estratégia, que pode ser, inclusive, contratar equipe de segurança externa.

Em muitas organizações de saúde mental no Brasil a responsabilidade pela contenção mecânica tem sido atribuída à equipe de enfermagem.

A seguir há algumas situações que costumam ocorrer em unidades de saúde: ⁹

SITUAÇÃO (1): Paciente agitado, passível de controle pela equipe de enfermagem, aparentemente sem risco de agitação psicomotora.

Medidas preconizadas:

- manter paciente em uma área isolada, como quarto, refeitório ou outro local, acompanhado de elemento da equipe de enfermagem. Se possível, levar para uma área aberta e extensa como pátio e quadra de esporte. Oferecer atividades que descarreguem energia;
- usar técnicas de comunicação terapêutica que ajudam a acalmar e obter colaboração;
- aplicar técnica de relaxamento;
- oferecer líquidos, alimentos, higiene e itens de conforto;
- solicitar avaliação médica, se necessário.

SITUAÇÃO (2): Paciente gradativamente agitando. Nessa situação, ações preventivas precisam ser tomadas para evitar um episódio de agitação psicomotora.

Medidas preconizadas:

- solicitar avaliação médica emergencial;
- manter em área isolada, acompanhado de elementos da equipe de enfermagem, até que seja atendido pelo médico;
- abordar de forma direta, tranqüila e firme, objetivando acalmar e colocar limites. Empregar técnicas de relaxamento, quando possível;
- tentar contrato terapêutico com o objetivo de ajudar o paciente a controlar a agressividade;
- fazer contenção mecânica emergencial, caso necessário, após o enfermeiro avaliar a situação. Essa contenção considera a possibilidade de o paciente causar danos físicos a si, demais e destruir móveis e equipamentos;
- manter contido, conforme o protocolo da instituição. O médico deve avaliar assim que possível;
- liberar o paciente somente quando tranqüilo e reavaliado pelo médico;
- anotar detalhadamente a assistência prestada no prontuário.

SITUAÇÃO (3): Paciente em quadro de agitação psicomotora.

Medidas preconizadas:

- conter e dar cuidados de enfermagem, conforme a “Técnica de contenção mecânica para paciente fisicamente agitado”.^{5,9}

TÉCNICA DE CONTENÇÃO MECÂNICA PARA PACIENTE FISICAMENTE AGITADO⁹

Grupo de contenção: 05 pessoas

Objetivo: controle da agressividade física de paciente

Material:

- Cama baixa
- Faixas de contenção
- Lençóis e cobertor

Passos:

- Reunir 05 elementos da equipe de enfermagem para conter. Os participantes do grupo de contenção devem formar um círculo em torno do paciente.
- O líder do grupo deve abordar o paciente na tentativa de acalmar. Em momento oportuno, dá sinal aos demais para segurarem o paciente. O líder imobiliza o paciente pelo tórax, na altura do pescoço, com cuidado para não asfixiá-lo. Os demais encarregam-se de segurar uma coxa ou um braço, o que é determinado durante a formação do círculo em volta do paciente.
- Levar para o quarto de contenção e fixar firmemente os pulsos e tornozelos na cama.
- Observar a técnica de contenção para não apertar excessivamente (garrotar) partes do corpo. O paciente é mantido contido com roupa.
- Cobrir com lençol (ou cobertor, caso esteja frio), deixando os locais presos descobertos para observação.

O paciente muito agitado pode necessitar de contenção de outras áreas do corpo, conforme abaixo:

Medida 1: conter pulsos e tornozelos.

Medida 2: acrescentar contenção de braços.

Medida 3: acrescentar contenção do tórax, dispensando a contenção dos braços.

Medida 4: acrescentar contenção das coxas.

Com o paciente contido:

- Explicar o motivo da contenção, deixando clara a necessidade de proteção.

- Manter um elemento da equipe de enfermagem para proporcionar assistência integral: hidratação, alimentação, higiene, mudança de decúbito, proteção com roupas, diálogo e apoio como medida terapêutica.
- Mediar, conforme prescrição, após avaliação médica.
- Avaliar sistematicamente (aproximadamente a cada 1/2 hora).
- Providenciar para que a porta do quarto de contenção permaneça aberta durante o tempo de contenção.
- Orientar o elemento da equipe de enfermagem escalado para dar assistência para não se afastar sem deixar um substituto.
- Liberar quando estiver em condição.

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARA PACIENTE MANTIDO FISICAMENTE CONTIDO: ⁹

a) Cabe ao enfermeiro:

- solicitar avaliação médica na presença de quadros de agitação e agressividade;
- fazer contrato terapêutico, objetivando estimular o controle da agressividade;
- tomar medida de conter, em casos emergenciais, com objetivo de evitar danos físicos ao paciente e terceiros;
- escalar um elemento da equipe da enfermagem para prestar cuidados;
- avaliar constantemente as condições dos membros fixados pelas faixas;
- observar periodicamente a evolução do quadro (pelo menos a cada meia hora);
- liberar assim que melhorado, após reavaliação médica;
- observar para que seja contido em quarto individual (ou enfermaria pequena) sempre com a porta aberta (Norma Institucional);
- documentar os cuidados prestados.

b) Cabe ao auxiliar de enfermagem que presta cuidados:

- tentar fazer um contrato terapêutico. O objetivo é ajudar o paciente a controlar a agressividade;

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

- permanecer junto o tempo todo enquanto o paciente estiver con-
tido;
- verificar as contenções a cada 15 minutos, com a finalidade de
detectar sinais de danos;
- oferecer líquidos, de hora em hora, ou quando solicitado;
- alimentar nos horários de refeição (hidratar e alimentar sempre em
decúbito elevado);
- verificar sinais vitais (pressão arterial e pulso) a cada quinze minu-
tos, se tiver sido medicado;
- oferecer condições para que realize eliminações fisiológicas;
- abordar verbalmente de forma direta, delicada e concreta, dando o
suporte emocional necessário;
- documentar cuidadosamente os cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castel S, Lino EM. Urgências em psiquiatria. In: Cordas TA, Moreno RA. *Conduitas em Psiquiatria*. São Paulo: Lemos, 1995.
2. Fawcett J, Shaughnessy R. O paciente suicida. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. Goldman LS. Delirium. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
4. Sharma R, Andriukaitis S, Davis JM. Estados ansiosos. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
5. Jobe TH, Winer JA. O paciente violento. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
6. Bauer BB, Hill SS. People who defend against anxiety through aggression toward others. In: Varcarolis AM. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. New York: WB Saunders Company, 1994.
7. Kurgant D, Sato FP. Psicofarmacologia das emergências psiquiátricas. In: TC Teng, Demetrio FN. *Psicofarmacologia aplicada*. São Paulo: Atheneu, 2006.
8. Hamolia CC. Prevenção e manejo do comportamento agressivo. In: Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artemd, 2001.
9. Mello IM. *Material educativo para a Divisão de Enfermagem do Instituto de Psiquiatria da FMUSP*. São Paulo: Instituto de Psiquiatria, 1999.

8

Atenção domiciliar

ATENDIMENTO DOMICILAR

O atendimento domiciliar de portador de transtorno mental é entendido como importante modalidade de atenção, pois fornece suporte à proposta de desinstitucionalização, que é parte das políticas de saúde mental no Brasil.

Para essa modalidade de atendimento, é necessário observar a realidade do paciente e família, considerando as particularidades de cada caso.

O perfil do paciente que se beneficia costuma ser:

- o que almeja meio menos restritivos de lidar com os problemas do transtorno mental;
- o que passou por várias internações;
- o que não aderiu ao tratamento convencional;
- o que tem combinação de diagnósticos, psiquiátrico e clínico, como portador de transtorno mental e de AIDS;
- o idoso;
- o portador de transtorno de abuso e dependência de drogas;
- o que recebe cotidianamente medicação injetável, está confinado em casa e não pode comparecer em consultas;
- o que necessita de monitoramento laboratorial, mas tem dificuldade de se locomover para colher exames;
- o deprimido e o negligente dos cuidados básicos;
- o portador de transtorno de ansiedade, como exemplo pânico, que não consegue sair de casa.

MODALIDADES

Visita

A visita de membro ou equipe de saúde mental tem os objetivos de desenvolver educação em saúde e ajudar na resolução de problemas pontuais.

Home-care

O Home care (assistência domiciliar) tem o objetivo de prestar atendimento mais complexo. Normalmente, é realizado pela equipe multiprofissional.

Tal equipe de enfermagem costuma ter propostas como: ¹

- prestar assistência de enfermagem sistematizada durante período de tempo planejado;
- preparar a família para dar cuidados básicos e interagir com o paciente quando não estiver mais trabalhando no domicílio.

Nessa modalidade de atenção é preciso:

- levar em consideração a bagagem cultural e étnica do paciente e família;
- estabelecer relação de confiança com toda a família;
- saber preservar a privacidade familiar;
- avaliar todos os riscos de segurança relacionados à assistência em casa.

O processo de enfermagem utilizado pelo enfermeiro, que contempla planejamento, implementação e avaliação, observa aspectos como:

- avaliações, física, comportamental e da capacidade de desempenho de atividades da vida diária;
- diversas orientações;
- supervisões de medicação, alimentação, higiene e outras;
- segurança do ambiente;
- monitoramento de sinais vitais;
- coleta de material para exames, quando necessário;
- avaliação dos sistemas de apoio e familiar;
- fornecimento de suporte terapêutico;

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

- supervisão da equipe de enfermagem;
- outros.

A equipe de enfermagem deve documentar todos os cuidados prestados.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Greco BG, King JK. Cuidados de enfermagem psiquiátrica domiciliar. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2001.

9

Observação do paciente e anotação em enfermagem

OBSERVAÇÃO

O processo de observar as condições do portador de transtorno mental é fundamental, pois tanto aspectos físicos como comportamentais fornecem informações.¹

Todos os órgãos dos sentidos são utilizados na observação, que ocorre na interação, durante o tempo todo.

A melhor observação é a sistematizada, ou seja, planejada, ativa, contínua e direcionada a objetivos específicos.²

É importante que as informações relevantes provindas da observação sejam anotadas no prontuário. Um roteiro contendo itens ajuda a realizar a observação sistematizada:

- aceitação e cooperação no tratamento;
- alimentação;
- sono;
- eliminações fisiológicas;
- peso;
- postura do corpo;
- deambulação;
- presença de queixas somáticas;
- condições dos dentes, pele e couro cabeludo;
- higiene e aparência;
- participação das atividades;

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

- relacionamento social;
- expressão de sentimentos;
- recepção e relação com visitas;
- orientação no tempo e espaço;
- expressão facial;
- presença de delírios e alucinações;
- presença de comportamentos ambivalentes;
- comunicação;
- atenção e concentração;
- humor;
- outros.

No Brasil, existem instrumentos de observação em enfermagem psiquiátrica elaborados para ajudar a observar o comportamento do paciente e prestar assistência em enfermagem com melhor qualidade.^{2,3}

ANOTAÇÃO

A anotação de enfermagem é o procedimento de se escrever em um impresso (documento legal da instituição) todos os acontecimentos relacionados à assistência do paciente no plantão. Essa tarefa cabe a todos os elementos da equipe de enfermagem.⁴

Cada organização de saúde tem seus impressos específicos, incluindo o de anotação de enfermagem.

O conjunto das anotações fornece o quadro global de como o paciente passou o dia. Os seguintes itens são necessários nas anotações:

- data;
- horário;
- sinais vitais;
- higiene e aparência;
- alimentação e hidratação;
- eliminações fisiológicas;
- medicações recebidas: via, horário e, finalmente, assinatura de quem ministrou;
- exames laboratoriais coletados;
- encaminhamentos para consultas e exames;

- atividades terapêuticas realizadas;
- queixas e intercorrências;
- providências tomadas pela equipe de enfermagem para resolver problemas;
- outros.

O impresso de anotações deve conter etiqueta fornecida pelo “Serviço de Arquivo e Registro” da unidade com os dados da pessoa.

A linguagem recomendada para anotar é a descritiva, coerente, em seqüência lógica, sem termos técnicos e sem rasuras. Deve conter observações criteriosas, precisas e bem fundamentadas. No final, é necessário identificar de modo completo quem realizou a anotação.

O treinamento da equipe para anotar e a supervisão da qualidade da anotação são funções do enfermeiro. Tais anotações ajudam na resolução de problemas legais, envolvendo os serviços de saúde e fornecem dados para pesquisas científicas.⁵

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lino MA. Observação do comportamento do paciente psiquiátrico. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
2. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998.
3. Prates JG, Grandó LH, Igue CI, Teixeira MB. Evolução de enfermagem psiquiátrica: teste de um instrumento. In: Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v. 1, n. 2, ago/set 1997, pg. 17-20.
4. Fraiman DP. Anotação de enfermagem. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
5. Teixeira MB, Prates JG, Almeida JG. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem. In: Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v. 2, n. 3-4, 1998, pg. 8-10.

10

Comunicação, interação e o clima terapêuticos

A COMUNICAÇÃO

A comunicação é um instrumento importante para o trabalho do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental. Suas finalidades são transmitir mensagens (compostas de informações, idéias, sentimentos, atitudes e crenças), de modo conciso e possibilitar estabelecimento de relacionamentos efetivos entre os seres humanos.^{1,2,3,4,5,6}

Trata-se de um processo altamente complexo cujo aprendizado começa na infância, no meio da família, e continua em outros espaços sociais como a escola.

Os estudiosos da saúde mental acreditam que padrões ineficazes de comunicação podem provocar sintomas de transtornos mentais e que o estabelecimento de comunicação efetiva com o paciente produz resultados terapêuticos.

A comunicação pode ser classificada pelo modo como é produzida: escrita, verbal (falada) e não verbal (esta última se realiza através de expressões faciais, postura física, atitudes e gestos, significando muito para um observador treinado).

O início de qualquer conversa começa com as respectivas apresentações. Após, recomenda-se abordar um tópico neutro e interessante para aquecer o clima. Deve-se evitar enxurrada de perguntas.

Muitas vezes, o objetivo de uma entrevista é somente obter informações específicas. Nesse caso, após o aquecimento justificam-se questões diretas.

Para que se estabeleça uma comunicação terapêutica é importante que haja um clima de harmonia, equilíbrio, confiança e respeito entre o profissional e o paciente, conhecido como *rapport*, que é obtido com paciência, conhecimento e habilidade.

A comunicação entre profissional de enfermagem e paciente deve ser uma oportunidade de oferecer reforços do valor e dignidade do paciente, devendo se evitar expressões vazias.^{1,2,3,4,5,6}

Para ajudar na expressão de sentimentos, recomenda-se o uso de abordagem não diretiva. Para a tomada de decisões, mostrar as alternativas possíveis, ajudando avaliar prós e contras.

O diálogo pode ter o objetivo de estimular a participação em atividades que possivelmente o paciente gostaria de fazer, mas que tem dificuldades. Sugestões cuidadosamente colocadas costumam ajudar.

O profissional deve ter habilidade para comunicar-se de forma não verbal, o que costuma ajudar sua aceitação pelo paciente.

Algumas estratégias, ao se manter um diálogo, é sentar próximo, prestar atenção no que é dito de modo alerta, fazer movimentos que demonstrem estar acompanhando as idéias expressas e dar respostas adequadas.^{1,2,3,4,5,6}

A INTERAÇÃO

Nas unidades de saúde mental, as interações com o paciente são elementos básicos da assistência de enfermagem. O foco durante uma interação sempre é a pessoa e não o transtorno psiquiátrico.^{1,2,3,4,5,6}

Ao se estabelecer uma interação, o profissional pode fazer uso terapêutico de si mesmo com a ajuda de recursos: técnicas de comunicação, habilidade de observação e de decifrar emoções, compreensão de comportamentos e sensibilidade para aceitar crenças e valores pessoais.

A conscientização é um exercício importante e constante para o profissional de enfermagem. Significa o exame de seus sentimentos, valores e filosofia de vida para então tentar compreender outros seres humanos.

Deve-se sempre estimular os aspectos saudáveis da pessoa, proporcionando oportunidades de crescimento, desenvolvimento da independência e realização de escolhas.

A empatia ou capacidade de se perceber no lugar do outro é fator importante para a compreensão de problemas e sentimentos.

A interação deve acontecer em clima receptivo e caloroso, com o paciente sentindo-se acolhido e aceito. No entanto, deve ser orientado quando apresentar comportamentos que precisam ser melhorados.

Com o tempo e resultado das interações, no ambiente, ocorre formação de vínculo, elemento muito importante em enfermagem.

Não existe interação sem envolvimento emocional. Sabe-se que o paciente responde melhor aos profissionais com quem estabelece vínculos.^{1,2,3,4,5,6}

A ENTREVISTA DE AJUDA

A entrevista usa conhecimentos da área da comunicação, sendo recurso bastante utilizado por profissionais da saúde mental. Suas principais finalidades são: coletar informações sobre o paciente e família e ser usada no relacionamento profissional-paciente com objetivo de ajuda terapêutica.

O aconselhamento é uma forma de entrevista bastante usada por profissionais de saúde mental que atuam em serviços básicos de saúde mental e emergências psiquiátricas, principalmente fora do nosso meio.

A entrevista de ajuda tem as características de um relacionamento criativo, sensível, confiável e com potencial de mudar comportamentos disfuncionais do paciente. Nessa situação há dois elementos essenciais: o entrevistador e o entrevistado. Com o tempo, todo entrevistador desenvolve um estilo pessoal, ajudado pela experiência e reflexão.⁷

O profissional que recorre à entrevista de ajuda precisa de uma filosofia que oriente suas ações, mesmo não tendo consciência dela, uma vez que um suporte filosófico é importante no aprimoramento da condição humana.

Existem requisitos básicos para a realização de uma entrevista de ajuda:⁷

- ambiente privativo com atmosfera propícia para a comunicação, que pode ser uma sala;
- cadeiras confortáveis e dispostas de maneira que facilitem a comunicação;
- previsão do tempo que será usado para a entrevista;
- entrevistador com traços que denotem preocupação com padrão profissional.

Três etapas se sucedem na entrevista de ajuda: ⁷

Abertura ou colocação dos problemas: momento no qual se situa o assunto e os elementos envolvidos tentam compreendê-lo.

Desenvolvimento ou exploração do problema: momento em que o assunto é avaliado com profundidade em seus diversos ângulos. O entrevistador dirige e orienta essa situação.

Encerramento: momento no qual o assunto é encerrado com soluções para os problemas do paciente.

MEDIDAS TERAPÊUTICAS EM ENFERMAGEM

Oferecimento de apoio (suporte emocional)^{1,2,5,8}

Oferecer apoio é uma habilidade que necessita ser adquirida e aprimorada pelos membros da equipe de enfermagem. O seu objetivo é ajudar o paciente em momentos específicos como tensão, tristeza e ansiedade.

Muitas situações são geradoras de ansiedade:

- recém-admissão em uma unidade de saúde mental, com ambiente, rotinas e pessoas estranhas;
- preocupação com os familiares e problemas não resolvidos;
- presença de problemas financeiros;
- preocupação com prognóstico da doença e expectativas quanto ao tratamento;
- preocupação com o futuro da família.

O profissional, ao oferecer apoio, deve demonstrar interesse genuíno, transmitir sentimentos de confiança, aceitação, compreensão e empatia (colocar-se no lugar do outro para entender a experiência que ele vivencia).

Nem sempre é possível ajudar na resolução dos problemas do paciente, mas é sempre possível:

- escutar atentamente;
- tranquilizar;
- fazer sugestões pertinentes;
- apontar alternativas;
- ajudar a reconhecer as limitações do momento;
- mostrar disponibilidade.

Colocação de limite diante de comportamento inadequado^{1,2,5,9}

Às vezes, em decorrência da educação recebida, ou das características do seu transtorno mental, o paciente tem atitudes que não são aceitas socialmente. Esse fato provoca dificuldades na convivência social e o leva ao sentimento de baixa auto-estima.

A colocação de limites a um comportamento inadequado pode ser entendida como um processo no qual um profissional devidamente preparado toma medidas terapêuticas com o objetivo de limitar as manifestações disfuncionais. Este não objetiva punição, mas desenvolver comportamentos aceitáveis.

Em uma unidade de saúde mental é necessário colocar limites em situações nas quais o paciente:

- transgride normas do ambiente de comum acordo. Ex: chega por último para o banho, mas quer ser o primeiro a usar o chuveiro;
- exige privilégios e torna-se reivindicador. Ex: quer sair da unidade para usar o telefone público, a qualquer momento, mesmo sabendo que existem horários;
- tenta assumir a liderança da unidade, estimulando comportamentos negativos em outros pacientes. Ex: incita a fuga, alegando que a assistência prestada não é boa;
- apresenta atos, auto e hetero, agressivos. Ex: agride fisicamente outro paciente, após um desentendimento.

Expressão de sentimentos^{1,2,5}

Expressar os sentimentos em momentos de dificuldade traz um importante conforto emocional. Em unidades de saúde mental, os elementos da equipe de enfermagem podem e devem possibilitar a expressão dos sentimentos dos pacientes, considerando que passam o maior tempo com eles. Sentimentos como aceitação, confiança, envolvimento e empatia, além do uso terapêutico de si mesmo, são os quesitos necessários à interação que objetiva proporcionar expressão de sentimentos.

Algumas medidas que ajudam a criar o clima adequado são:

- respeitar e manter o assunto ou tema escolhido pelo paciente;
- ouvir com atenção os pensamentos (idéias) e sentimentos (emoções) que ele expressa. Por vezes, é preciso ajudá-lo a diferenciar pensamento e sentimento;
- fazer-lhe perguntas pertinentes quando existem aspectos que não estão claros;

- estimulá-lo ao uso de frases descritivas e de situações que clarifiquem o que ele quer transmitir;
- detectar e manter em foco os sentimentos que precisam ser melhores explorados;
- explorar emoções subjacentes.

O AMBIENTE TERAPÊUTICO^{2,5,7}

As necessidades básicas do paciente devem ser efetivamente satisfeitas no ambiente em que é tratado e assistido.

A criação e a condução do ambiente terapêutico, dentro de unidades de saúde mental, são funções do enfermeiro.

O clima terapêutico depende das atitudes da equipe de tratamento em relação aos transtornos mentais e da sua disponibilidade diante das necessidades dos pacientes. Aspectos como arquitetura, arrumação e objetos de conforto também são elementos importantes.

Os objetivos do ambiente terapêutico embasam-se na filosofia de trabalho da equipe responsável pelo tratamento. Entre eles geralmente estão: ajudar no desenvolvimento das capacidades de auto-estima, estabelecer bons relacionamentos, ter confiança em outras pessoas e preparar para o retorno à comunidade.

Em relação aos pacientes, as principais necessidades de um ambiente terapêutico são:

- suas necessidades físicas são satisfeitas;
- são respeitados como pessoas, possuem direitos, necessidades e opiniões, sendo encorajados a expressá-los;
- a autoridade para tomar decisões está claramente definida e distribuída entre eles e a equipe de saúde;
- são protegidos de causar ferimentos em si, e demais, apenas com as restrições necessárias;
- recebem crescentes oportunidades na liberdade de escolha, de acordo com suas capacidades de tomar decisões;
- testam padrões novos para comportamentos mais funcionais;
- têm a interação social com a equipe de tratamento facilitada, pela estrutura física e aparência do ambiente.

No ambiente terapêutico, toda equipe de tratamento deve permanecer fixa, oportunizando estabelecimento de vínculos.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

O *Ward Atmosphere Scale* (WAS) é um instrumento utilizado em unidades de saúde mental norte-americanas para medir “o clima emocional” dos ambientes assistenciais.

O ambiente engloba dez aspectos relacionados aos pacientes:

Envolvimento: mede o grau de envolvimento no funcionamento da unidade e avalia sentimentos como orgulho por pertencer ao setor, entusiasmo geral pelo que acontece e espírito de grupo.

Oferecimento de suporte (apoio): mede o grau de suporte que existe entre os pacientes e a disposição da equipe de tratamento em encorajar e ajudar.

Espontaneidade: avalia até que ponto o ambiente proporciona oportunidade de agir abertamente e expressar sentimentos.

Autonomia: avalia a auto-suficiência em relação aos assuntos pessoais e o quanto a equipe de tratamento estimula esse comportamento. Também detecta até que ponto a equipe de trabalho é aberta a sugestões, críticas e iniciativas dos pacientes.

Orientação prática para a vida: avalia o quanto o ambiente ajuda a preparar para a vida fora da unidade de saúde, através de treinamentos para empregos e perspectivas de vida.

Orientação para problemas de cunho pessoal: mede o quanto são encorajados a se envolverem com sentimentos e problemas, abordá-los e discuti-los entre eles e equipe de tratamento.

Abordagem da raiva e agressão: observa quanto há encorajamento para discussão de problemas com as demais pessoas do ambiente e expressão aberta de sentimentos, principalmente de raiva ou agressividade.

Ordem e organização: mede a influência da organização dos espaços, ordem e horários no comportamento dos pacientes, e quanto a equipe de tratamento ajuda em relação a esses itens.

Clareza do programa: averigua o conhecimento que possuem do programa terapêutico, das regras e dos procedimentos da unidade.

Controle efetivo pela equipe de saúde: mede até que ponto a equipe precisa restringir cumprimento de horários, regras, relações entre pacientes e quais medidas são tomadas para manter controle efetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe Editorial, 1993.
2. Stuart GW. Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidados competentes. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
3. Lino MA. Comunicação terapêutica. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
4. Fraiman DP. Relações interpessoais terapêuticas. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
5. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
6. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998.
7. Benjamim A. A entrevista de ajuda. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
8. Mello IM. Oferecimento de apoio. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
9. Mello IM. Colocação de limites. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.

11

Psicofarmacoterapia

CONCEITO

A psicofarmacoterapia é a modalidade de tratamento biológico (orgânico) que usa psicofármacos para tratar transtornos mentais, fundamentando-se na psicofarmacologia.^{1,2,3}

A psicofarmacologia, disciplina que estuda a atuação das substâncias químicas no Sistema Nervoso Central (SNC) e suas relações com o comportamento, foi proposta por Delay e Thuiller em 1956, na França. É composta por elementos da bioquímica, farmacologia, sociologia e psiquiatria.

O aparecimento da psicofarmacologia provocou o interesse em aprofundar o estudo da anatomia microscópica do SNC, o retorno aos princípios rígidos da psiquiatria clínica e a modificação em critérios de internação psiquiátrica, com muitos pacientes, passando a serem tratados em ambulatórios.

Drogas específicas são usadas no tratamento de grupos sintomáticos dos transtornos mentais, recorrendo à psicofarmacoterapia.

PSICOFÁRMACOS

Os psicofármacos são substâncias químicas, sintéticas ou naturais que possuem tropismo pelo SNC. Eles modificam a atividade mental, causam alterações comportamentais e são usados para tratar transtornos mentais.^{1,2,3}

Apesar de importantes benefícios, podem provocar efeitos indesejáveis como: tolerância, dependência, efeitos colaterais, reações adversas e síndrome de abstinência no organismo.

Tolerância é a perda ou redução do efeito de determinada droga devido ao uso repetido, o que requer aumento da dose ou uso para obtenção do mesmo efeito.

Dependência é a necessidade do organismo consumir a droga.

Efeitos colaterais são efeitos desagradáveis, mas que não costumam causar maiores danos ao organismo. Reações adversas são efeitos que pressupõem prejuízo.

Síndrome de abstinência é uma dependência grave, caracterizada por quadro provocado pela retirada abrupta de uma determinada substância, com a presença de sintomas físicos como, taquicardia e sudorese, e psíquicos, como "fissura" (desejo incontrolável de consumir a droga).¹

As classificações em psicofarmacologia baseiam-se em critérios diferentes: composição química da substância, atividade medicamentosa e efeitos terapêuticos.

Para fins didáticos, os psicofármacos costumam ser divididos em quatro grupos: antipsicóticos, antidepressivos, benzodiazepínicos e estabilizadores do humor.²

Antipsicóticos (neurolépticos)^{1,2,3}

Os medicamentos antipsicóticos (Aps) são também conhecidos como neurolépticos e tranqüilizantes maiores. São divididos em dois grandes grupos: de primeira geração (típicos ou convencionais) e de segunda geração (atípicos ou de nova geração).

AP de primeira geração:

São representados por antagonistas do receptor de dopamina (D2). São eles: Clorpromazina, Levomepromazina, Flufenazina, Periciazina, Tioridazina, Trifluoperazina, Haloperidol, Penfluridol, Primozida, Tiotixeno e Sulpirida.

AP de segunda geração:

São representados por Aps de características específicas, ou seja, causam efeitos extrapiramidais mínimos, pouca sedação e rápida dissociação de receptores D2. São eles: Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprazidona, Aripiprazol e Amisulprida.

Os antipsicóticos de alta potência (incisivos) causam mais efeitos extrapiramidais enquanto os de baixa potência (sedativos) causam sedação, efeitos anicolinérgicos e hipotensão ortostática.

Para a escolha do antipsicótico, o médico deve levar em consideração a avaliação psicopatológica do paciente, o perfil farmacológico do AP, disponibilidade e custo da medicação.¹

Os principais efeitos colaterais dos antipsicóticos são os extrapiramidais, como distonia aguda, síndrome parkinsoniana, acatisia e discinesia tardia, além da síndrome neuroléptica maligna e da agranulocitose.

QUADRO DOS PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS DOS ANTIPSICÓTICOS^{1,2,3}

| EFEITO COLATERAL | QUADRO | TRATAMENTO |
|---|---|---|
| Distonia aguda | Espasmos dos músculos grandes do pescoço, costas e olhos, súbitos e dolorosos. Ex: torcicolo e crise oculogina. | Medicamentoso |
| Síndrome parkinsoniana | Acatisia, rigidez em roda dentada e tremor. | Medicamentoso |
| Acatisia | Movimentação involuntária, com referência à inquietação interna e presença de dor nas pernas. | Medicamentoso |
| Discinesia tardia | Movimentos involuntários estereotipados que aparecem em várias partes do corpo como protusão de língua, movimentos labiais, mastigação, piscar de olhos, batidas com pés e outros. | Medicamentoso |
| Síndrome Neuroléptica Maligna | Febre, taquicardia, sudorese, rigidez muscular, tremor, incontinência, estupor, leucocitose, CPK elevado e insuficiência renal. Obs: quadro emergencial potencialmente fatal. | Medicamentoso. Apoio aos sintomas como: redução da febre, hidratação, ventilação e diálise renal |
| Agranulocitose A prevenção é realizada com hemograma semanal até os 18 meses, e depois mensal, com prescrição da droga em função do resultado do exame | Febre, mal-estar, ardência ulcerativa na garganta e leucopenia. Obs: trata-se de quadro emergencial associado ao uso da clozapina, de aparecimento abrupto. Vários outros AP podem ter esse efeito. | Medicamentoso |

Outros efeitos colaterais que podem surgir são:

- distúrbio do ciclo menstrual e galactorréia na mulher e distúrbios de ereção, ejaculação e ginecomastia no homem;
- hipotensão arterial e ortostática;
- sedação, sonolência e dificuldade de concentração;
- crise convulsiva;
- quadro confusional;
- problemas clínicos como: alteração hepática, glaucoma, retenção urinária, leucopenia e reações alérgicas, cutânea e de fotossensibilização.

As principais condições psicóticas nas quais são usados os AP são os transtornos esquizofreniforme, esquizoafetivo, delirante, psicótico breve, psicótico compartilhado, devido a uma condição médica geral, induzido por substância e esquizoafetivo. Também podem ser usados em outras situações como:

- agitação psicomotora, impulsividade e agressividade (independente da etiologia);
- sintomas de náusea, vômito, soluço incontrolável e dor crônica;
- em crianças e adolescentes com quadros de autismo e distúrbios de conduta e de atenção;
- ansiolítico e hipnótico, em doses baixas, quando há risco de dependência aos benzodiazepínicos;
- doenças de Hungiton e de Gilles de la Tourette.

Os antidepressivos^{1,2,3,4}

A principal indicação dos antidepressivos é o tratamento do transtorno do humor, fase depressão.

Sua escolha depende de fatores como perfil do medicamento, preferência e resposta anterior do paciente, evidências disponíveis e custo. Demoram de quatro a oito semanas para começarem a fazer efeito.

Após obtenção do efeito esperado, o psicofármaco é mantido por várias semanas, objetivando a prevenção de novos episódios do transtorno.

Os grupos de antidepressivos existentes são:

- tricíclicos (ADTs) ou heterocíclicos;
- inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS);
- inibidores da monoamina oxidase (IMAO);
- de nova geração (estruturas químicas diversas).

Tricíclicos (ADTs)

O mecanismo de ação dos ADTs consiste em bloquear as recapturas da serotonina, noradrenalina e dopamina, além de atuar sobre alguns receptores. Entre os ADTs estão: Imipramina, Amitriptilina, Clomipramina e Nortriptilina.

Inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS)

O mecanismo de ação dos ISRS consiste em inibir o transporte neuronal da serotonina. Apresentam efeitos colaterais mais tolerados pelos pacientes, que os anteriores, são seguros e apresentam baixa toxicidade. Entre eles estão: Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Citalopram e Escitalopram.

Inibidores da monoamina oxidase (IMAO)

O mecanismo de ação dos IMAOs consiste em aumentar os níveis sinápticos de monoaminas pela inibição de seu catabolismo pela IMAO. Entre os IMAOs estão: Tranilcipromina, Selegilina e Moclobemida.

De nova geração (estruturas químicas diversas). É o grupo composto por:

- inibidores da recaptura de serotonina e noradrenalina (SNRI): Venlafaxina, Milnacipran e Duloxetina;
- inibidores de recaptura de dopamina e noradrenalina: Bupropiona, Amineptina;
- inibidores seletivos da recaptura de noradrenalina (NARI): Reboxetina;
- antidepressivos noradrenérgicos e serotoninérgicos específicos (NASSA): Mirtazapina;
- inibidores de recaptura de serotina e antagonistas de receptores de serotonina (SARI): Nefazodona e Trazodona;
- outros: Mianserina, Tianeptina e Hypericum.

Os antidepressivos podem causar efeitos colaterais bastante variados, todos eles possíveis de manejo pelo médico, entre eles: hipotensão ortostática, redução do débito cardíaco, arritmia, hipertensão, crise hipertensiva, aumento no colesterol, xerostomia, constipação, retenção urinária, alteração visual, delírio, sedação, ganho de peso, náusea, vômito, insônia, mioclonia, sintoma extrapiramidal, convulsão, cefaléia, disfunção erétil, disfunção orgasmica, priapismo, síndrome serotoninérgica e agranulocitose.

Particularmente em relação aos IMAOs é importante saber que a tiamina, que se encontra presente na composição de diversos alimentos, quando associada aos IMAOs, pode causar crise hipertensiva grave.

A suspensão do uso de IMAOs requer um período de no mínimo duas semanas para capacitar a síntese de novas enzimas e a restauração de sua concentração basal.

O paciente precisa ficar sem consumir alimentos que contenham tiramina, por no mínimo duas semanas, sendo os principais: queijo, carnes enlatadas e defumadas, miúdos de frango, bife de fígado, bacalhau, salmão, hering, haddock, caviar, fava, vagens, grão-de-bico, ervilha seca, extrato de lêvedo (sopas ou caldo de carne), chucrute, molho e condimentos de soja, chope, lingüiça e frios.

Os benzodiazepínicos (BDZs)^{1,2,3,5}

Os benzodiazepínicos são fármacos cuja principal função é controlar sintomas de ansiedade. Seu mecanismo de ação se deve à sua atuação junto ao principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central, o ácido gama aminobutírico (GABA).

Suas principais indicações, em psiquiatria, são como hipnótico e alívio de episódios agudos de ansiedade (BDZ de curta duração) e suporte às condições crônicas de ansiedade (BDZ de longa duração).

A seleção para uso baseia-se em seu perfil farmacocinético. São bem absorvidos pelo trato gastrointestinal, com picos de concentração plasmática de 30 minutos a 8 horas, após administração.

Os principais benzodiazepínicos são: Diazepam, Clonazepam, Lorazepam e o Midazolam.

Embora com indicação bem-definida, devem ser usados com cautela por seu potencial de dependências química, psicológica e de desinibição comportamental.

Os efeitos colaterais mais importantes, que costumam desaparecer com o ajuste da droga, são: efeito sedativo generalizado, amnésia retrograda, alterações sexuais, diminuição na concentração, disartria, fraqueza muscular, incoordenação, nistagmo, cefaléia, tontura e prejuízo na memória. Em idosos, eles podem causar desorientação, agitação e confusão.

Apnéia e depressão respiratória podem ocorrer quando administradas por via parenteral em altas doses.⁵

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Os estabilizadores do humor^{1,2,3,6}

Os estabilizadores do humor são psicofármacos que apresentam efeito antimaníaco e antidepressivo do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). São eles: Lítio, Ácido valpróico, Carbamazepina, Oxcarbazepina e Lomotrigina.

Outras drogas com potencial para estabilização do humor são o Topiramato, a Gabapentina e os bloqueadores de canal de cálcio.

Lítio

Fármaco comprovadamente eficaz na prevenção de novos episódios de mania e depressão da TAB, embora com mecanismo não devidamente esclarecido. Quando bem utilizado, reduz morbidade e mortalidade.

Devido à dificuldade de manejo, pode causar efeitos e reações adversas como intoxicação e prejuízos sobre a tireóide e rins. Atualmente, têm sido gradativamente menos prescritos.

A intoxicação por lítio é quadro grave, podendo ser causada por desidratação, diminuição da excreção renal e ingestão de dose excessiva. Seus principais sintomas são: náusea, vômito, dor abdominal, ataxia, tremores, disartria e visão turva.

O paciente e seus familiares devem ser orientados sobre a importância da hidratação, observação da presença de diarréia, vômitos e calor excessivo, além de não usar diuréticos e inflamatórios que possam interferir na excreção do lítio.

Acido valpróico

Produz resposta eficaz nos quadros de mania e profilaxia do TAB, embora seu mecanismo de ação não seja bem esclarecido.

Por ser metabolizado intensamente pelo fígado, requer monitorização periódica da função hepática. É contra-indicado em gestante, portador de insuficiência hepática e criança com menos de dois anos.

Seus efeitos colaterais são: ganho de peso, prurido, gastrite, náusea, vômito, sonolência e tontura.

Embora raramente cause intoxicação, esse quadro pode ser grave: sedação, convulsão, hiper-reflexia, depressão respiratória, coma e morte.

Carbamazepina

É um anticonvulsivante usado no tratamento da mania aguda, em cicladores rápidos, na potencialização do lítio durante quadro de estabilização de humor (fase mania) e profilaxia da TAB. Seu mecanismo de ação está associado ao aumento da função do GABA.

Os efeitos colaterais são: reações dermatológicas, náusea, sonolência, vertigem, anorexia, cefaléia, leucopenia, elevação de enzimas hepáticas, diplopia, dificuldade de acomodação visual, vômitos, secura da boca e ataxia.

Na intoxicação, ele pode alterar o ritmo cardíaco e provocar convulsão, hipertensão arterial, hipo ou hiper reflexia, depressão respiratória e coma.

Oxcarbazepina

Possui estrutura semelhante à Carbamazepina, embora menos neurotóxica. Mostra-se efetiva no tratamento da mania aguda. Seu mecanismo de ação deve-se, provavelmente, ao bloqueio dos canais de sódio voltagem-sensíveis e aumento da condutância de potássio. Seus efeitos colaterais são: sonolência, vertigem e cefaléia. O quadro de intoxicação é semelhante ao da carbamazepina.

Lamotrigina

Anticonvulsivante e estabilizador do humor preventivo em episódios depressivos do TAB. Seu mecanismo de ação deve-se à inibição dos canais de sódio.

As reações adversas são: rash cutâneo, tontura, sedação, diplopia, cefaléia, ataxia, náuseas e vômitos.

A intoxicação, que é rara, caracteriza-se por sedação, ataxia, diplopia, náuseas e vômitos.⁶

Cuidados com psicofármacos^{2,3,7,8}

A equipe de enfermagem deve observar os seguintes cuidados ao manter, controlar e administrar psicofármacos:

- mantê-los acondicionados de maneira adequada: lugar seguro, protegidos da luz, calor e umidade. Alguns psicofármacos por questões legais devem ser rigorosamente controlados;

- observar cuidadosamente a ingestão pelo pacientes: alguns podem estocá-los com a finalidade de cometer suicídio ou não tomar por causa de seus efeitos desagradáveis;

- manter controle de seus sinais vitais com o objetivo de detectar anormalidades;

- observar com mais cuidado o paciente que não consegue informar adequadamente a presença de efeitos colaterais;

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

- diante da necessidade de o paciente receber outras medicações, informar sobre as possíveis interações medicamentosas;
- orientar sobre o não uso de álcool e cafeína (café, chá-mate, coca-cola) quando pertinente;
- observar especialmente crianças, idosos e gestantes, pois muitos efeitos dos medicamentos nos organismos em crescimento, em envelhecimento e em gestação ainda não foram bem estudados e esclarecidos;
- conhecer os alimentos que podem ser contra-indicados quando se ministra determinadas medicações como os antidepressivos IMAOS;
- orientar mulheres que usam psicofármacos a avisarem imediatamente seu médico em caso de gravidez;
- orientar que determinados psicofármacos interagem com anticoncepcionais;
- alertar a mulher que amamenta que pequena quantidade de medicamento passa para a criança, através do leite e tal fato precisa ser considerado na decisão de amamentar;
- orientar familiares sobre os efeitos da medicação, incluindo colaterais (aqueles previstos) e adversos (aqueles prejudiciais).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soares OT. Psicofarmacologia básica aplicada. In: Teng CT, Demério FN. Psicofarmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.
2. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [mestrado]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
3. Laraia MT. Psicofarmacologia. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. Porto Alegre: Artemd, 2001.
4. Demétrio FN, Minatogawa TM, Rocco PTP. Psicofarmacologia dos transtornos depressivos. In: Psicofarmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.
5. Guertzenstein EZ. A psicofarmacologia dos transtornos ansiosos. In: Psicofarmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.
6. Melzer DL, Teng CT. Psicofarmacologia do transtorno afetivo bipolar. In: Psicofarmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.
7. Prates JG, Igue CE. Assistência de enfermagem a paciente em tratamento por drogas psicotrópicas. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
8. Organização Mundial da Saúde. O uso racional de medicamentos psiquiátricos. Rio de Janeiro: Relatório do encontro dos centros colaboradores da OMS no Brasil para ensino e pesquisa em saúde mental, 1997.

12

Eletoconvulsoterpia (ECT)

A TERAPIA

A Eletoconvulsoterpia (ECT) é uma terapia biológica que utiliza a passagem de uma corrente elétrica, colocando eletrodos, uni ou bilaterais, nos pólos frontais do crânio do paciente, com objetivo de tratar transtornos mentais. Seu mecanismo de ação não está bem-esclarecido, mas há evidências de que as convulsões provocadas pela eletricidade ajudam na remissão dos sintomas.

O uso da eletricidade com essa finalidade foi iniciada na década de 1930 com Ugo Cerletti e Lucio Bini, pesquisadores italianos.¹

A ECT, no século passado, em alguns hospitais, foi usada como medida punitiva, o que provocou reação na sociedade e fez com que ganhasse má fama.

Em nossos dias, apenas profissionais de saúde mal-informados mantêm a visão errônea de que esse tratamento é prejudicial, uma vez que ampla e recente literatura científica atesta seus benefícios. É indicado para portadores de determinados transtornos mentais, mas se mostra particularmente eficaz na depressão, pois pode ser a primeira escolha para riscos como: suicídio, homicídio, estupor grave, agitação intensa e inanição importante.

Suas principais contra-indicações são: problema cardiovascular com lesões, hipertensão arterial não controlada, processo cerebral expansivo, glaucoma, deslocamento da retina, hemorragia intracerebral recente, aneurisma, malformação vascular e luxação cervical em medula espinhal.¹

A aplicação da ECT, no Brasil, é realizada somente mediante a assinatura do termo de “Consentimento Livre e Esclarecido” assinado pelo paciente ou família.¹

TRATAMENTO^{1,2,3,4,5}

Para cada paciente é realizado um plano de tratamento individualizado que de modo geral tem de 6 a 12 aplicações, em dias alternados, excetuando finais de semana.

Antes do início das aplicações, são realizadas avaliações: psiquiátrica, neurológica, de clínica geral e odontológica. Seus exames de rotina são: hemograma completo, sódio e potássio séricos, eletrocardiograma, fundo de olho e RX simples de tórax.

Normalmente, os psicofármacos que elevam ou reduzem limiar convulsivo são suspensos. Os principais efeitos colaterais pós-aplicação podem ser: cefaléia, comprometimento temporário da memória e confusão mental, a última é mais comum em idoso.

O tratamento costuma ser suspenso quando não há resultados terapêuticos em aproximadamente 12 sessões.

A equipe que aplica esse tratamento é multidisciplinar: psiquiatra do paciente, anestesista, enfermeiro e equipe de enfermagem.

A manutenção da ECT (ECT-M) é usada quando o paciente que apresenta transtorno recorrente com boa resposta ao ECT não tolera (ou é refratário) aos psicofármacos. Ela pode ser semanal, quinzenal ou mensal.¹

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS^{1,2,3,4,5}

Os procedimentos técnicos de suporte e seus objetivos estão abaixo:

Uso de anestesia geral de curta duração: para sedar, provocar amnésia e aliviar o desconforto causado pelo curare. A anestesia, como indutora do sono, é progresso incontestável, poupando a angústia da intervenção.

Aplicação de oxigênio: para prevenir ocorrência de problemas cardíacos.

Uso de relaxante muscular: para prevenir fraturas durante as crises convulsivas e facilitar o manuseio das vias aéreas.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Monitorização por eletroencefalografia: para detectar as crises convulsivas.

Monitorização por eletrocardiografia: para detectar eventuais ocorrências cardíacas.¹

A UNIDADE ESPECIALIZADA^{1,2,3,4,5}

A unidade especializada para realização da ECT deve ter áreas e recursos materiais adequados:

- secretária para recepção e guarda de prontuários;
- sanitários;
- sala de espera;
- local para troca de roupas, contendo armários para guardar pertences;
- sala de aplicação da ECT, com o aparelho de ECT e os recursos de suporte;
- sala de recuperação pós-anestésica com: cama de rodas, maca, desfibrilador, respirador, material de entubação, suprimento de oxigênio, aparelho de pressão arterial e pressão arterial não invasivo, eletrocardiograma, cardioscópio, oxímetro, suporte de soro, aspirador de secreções, carrinho de anestesia e biombo;
- local para o jejum do paciente.

Os armários da unidade guardam máscara para aplicar oxigênio, protetor de boca, cânula de guedel, cateter de oxigênio, equipo de soro, sonda, luva, seringa, escalpe, gelco, garrote, gase, bola de algodão, álcool, benzina, acetona, pasta de contato (gel), bandeja, cuba tipo rim, bolsa de água quente e material para contenção física (caso o paciente apresente agitação psicomotora).

O aparelho de ECT pode ser de variados modelos, mas de modo geral é uma caixa retangular, portátil, leve e com botões para controlar as funções.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{2,3,4,5}

As etapas com as respectivas ações que fazem parte da assistência de enfermagem na aplicação da ECT são:

| ETAPAS | AÇÕES |
|----------------------|--|
| Antes da aplicação. | <ul style="list-style-type: none"> – Explicar o procedimento. – Esclarecer dúvidas. – Orientar jejum. – Verificar sinais vitais antes do tratamento. – Investigar presença de mal-estar ou dores. – Retirar próteses, óculos e adornos. – Remover esmalte de unhas. – Colocar a vestimenta padrão. – Orientar para realizar eliminações fisiológicas. – Dar apoio emocional, se estiver ansioso. |
| Durante a aplicação. | <ul style="list-style-type: none"> – Permanecer junto à equipe de tratamento, ajudando nos procedimentos necessários como: colocação de eletrodos, aplicação de medicamentos e outros da competência legal. |
| Após a aplicação. | <ul style="list-style-type: none"> – Observar até completa recuperação do quadro de inconsciência. – Verificar sinais vitais. – Investigar presença de cefaléia ou outras queixas. – Oferecer desjejum quando estiver completamente desperto. – Encaminhar até o acompanhante. – Fazer anotações do tratamento no prontuário. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigonatti SP, Rosa MA. Indicação e prática da eletroconvulsoterapia. São Paulo: Lemos, 2000.
2. Jóia EC, Bellegarte IMT. Assistência de enfermagem na eletroconvulsoterapia. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
3. Laraia MT. Terapias somáticas. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2001.
4. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
5. Jóia EC, Bellegarde IMT. Enfermagem e a eletroconvulsoterapia: evolução e assistência. In: Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v. 1, n. 3, dez 1997/fev 1998, pg. 18-21.

13

Estimulação magnética transcraniana (EMT)

A TERAPIA

Sabe-se que a eletricidade em movimento gera um campo magnético que atravessa facilmente materiais condutores, como ossos humanos, sem ser detida ou atenuada, focando-se em uma pequena área.

A estimulação magnética transcraniana é uma terapia biológica indicada para portador de transtorno mental, para a qual se usa a corrente elétrica em campo magnético para estimular um foco do córtex cerebral.¹

A vantagem do uso da aplicação da EMT foi percebida durante o mapeamento cerebral de pessoas normais onde houve elevação do humor.

Estudos posteriores mostraram que as interconexões cerebrais estão implicadas na fisiopatologia dos transtornos mentais. Ainda não se sabe como a eletricidade atua melhorando sintomas psíquicos, mas está comprovado que provoca benefícios, principalmente na depressão.¹

Há diferentes modos de aplicação da EMT, porém as ondas lentas são mais usadas.

O paciente, de modo geral:

- apresenta boa tolerabilidade;
- não sente dores, a não ser eventuais cefaléia, tensão ou dor na nuca;
- apresenta melhora relativamente rápida e significativa dos sintomas.

A EMT pode ser alternativa vantajosa quando comparada com outros tratamentos biológicos usados para a mesma indicação, considerando que:

- apresenta menos efeitos colaterais;
- não necessita de anestesia;
- não induz convulsões;
- não provoca seqüelas cognitivas;
- dispensa uso de eletrodos. ¹

TRATAMENTO¹

Para realização do tratamento, usa-se o “Estimulador Magnético”, capaz de gerar descarga elétrica através de uma bobina revestida de plástico.

O tratamento não requer exames laboratoriais.

O local mais indicado para a aplicação das ondas magnéticas é o córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo do cérebro ou, mais precisamente, a posição anterior a 5 cm de um plano sagital do ponto de máxima estimulação da área motor, previamente mapeado, considerando parâmetros individuais.

Em um esquema de tratamento normal são feitas 20 aplicações eletromagnéticas, durante um mês, interrompidas nos finais de semana.

O portador de implantes metálicos ou marca-passo não pode ser submetido à EMT.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM¹

| ETAPAS | AÇÕES |
|---------------------|---|
| Antes da aplicação | <ul style="list-style-type: none"> – Providenciar poltrona confortável para o paciente. – Explicar o procedimento e esclarecer dúvidas. – Orientar para que fique o mais relaxado que conseguir. – Fornecer tampão acústico para prevenção de traumas nos ouvidos. – Orientar que poderá ouvir um ruído quando a corrente elétrica atravessar a bobina. – Notificar que sentirá uma das mãos se movimentando quando a bobina de estimulação estiver próxima à área motora cerebral. |
| Durante a aplicação | <ul style="list-style-type: none"> – Aguardar aplicação. |
| Após a aplicação | <ul style="list-style-type: none"> – Investigar a presença de desconfortos como cefaléia e zumbido no ouvido. – Anotar a aplicação do tratamento no prontuário. |

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Rosa MA, Marcolin MA, Pridimore D. Estimulação magnética transcraniana na depressão. Revista de Psiquiatria Clínica (edição especial). São Paulo, v. 31, n. 5, 2004.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

14

Relacionamento Enfermeiro-Paciente

OS MODELOS

Os modelos de relacionamento usados por enfermeiros mais conhecidos em nosso meio são: o “Relacionamento Terapêutico”, preconizado por Hildegard Peplau, e a “Relação de Ajuda”, por Joyce Travelbee.

MODELO DE HILDEGARD PEPLAU^{1,2,3,4}

A enfermeira norte-americana Hildegard Peplau conceituou enfermagem como a arte curativa que auxilia a pessoa doente ou necessitada de cuidados. Para ela, a enfermagem leva a um aprendizado do “eu” e do “outro”.

O ser humano foi visualizado como estrutura bio-psico-social e espiritual única, ser que não reage da mesma forma que outro em situação similar. Ele possui idéias preconcebidas, influenciando suas percepções, aspecto importante no processo interpessoal. Para abordá-lo, é necessário que o enfermeiro entenda sua cultura, constituída de usos, crenças e costumes.

O Relacionamento Terapêutico é uma modalidade de assistência de enfermagem planejada e sistematizada, considerada terapia específica do enfermeiro. É focal e atua no “aqui e agora”.

Para aplicá-lo, a autora entendeu que é necessária a relação entre duas ou mais pessoas, cuja meta é ajudar a resolver o problema do paciente. O enfermeiro é o coordenador da relação.

O profissional usa seu conhecimento científico, habilidade técnica e percepções. Assume as funções do papel e faz inferências. Planeja como

os participantes devem atuar, entende os fatores em torno do problema e busca partilhar as soluções. Como resultado, tanto ele como o paciente aprendem e evoluem como seres humanos, em um clima de respeito.

A autora identificou quatro fases seqüenciais no Relacionamento Terapêutico: orientação, identificação, exploração e solução, que se relacionam durante o processo.

Orientação: fase na qual se define o problema, oportunizando que ambos, profissional e paciente, se conheçam.

Identificação: fase de esclarecimento das percepções e expectativas mútuas. Nela o paciente reage seletivamente ao enfermeiro.

Exploração: fase em que o paciente obtém os atendimentos e recursos que necessita e estão disponíveis na unidade de saúde e comunidade.

Solução: fase na qual o relacionamento finaliza com a dissolução de elos. Espera-se que a necessidade de ajuda do paciente tenha sido atendida.

MODELO DE JOYCE TRAVELBEE⁵

Joyce Tavelbee conceituou enfermagem como o processo interpessoal no qual o enfermeiro ajuda uma pessoa (ou família) a prevenir ou enfrentar as experiências da doença e do sofrimento e, se possível, descobrir um sentido para elas.

A autora entendeu que entre os aspectos que fazem parte da saúde mental estão as capacidades de:

- amar a si mesmo e a humanidade;
- enfrentar a realidade, a partir do entendimento dos seus componentes básicos, que precisam ser defendidos quando em jogo;
- descobrir propósito e sentido para a vida.

Para ela, as funções do enfermeiro psiquiátrico são:

- promover e prevenir a saúde mental;
- ajudar o paciente a enfrentar a doença;
- auxiliar paciente, família e a comunidade em situações relacionadas à saúde mental.

O enfermeiro é o profissional que proporciona assistência: observa, formula interpretações e intervêm de modo inteligente.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

A “Relação de Ajuda” consiste em uma modalidade de terapia específica do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental. É uma abordagem focal, humanizada e desenvolvida nas fases que se seguem:

Prévia: fase na qual há escolha do paciente. Nela o enfermeiro tenta entender as idéias e sentimentos do paciente e estabelecer o que quer na interação, com as metas do tratamento estabelecidas.

Introdutória ou de orientação: fase em que os dois seres humanos se juntam. Ela termina quando ambos se percebem como seres humanos únicos.

Identities emergentes: começa quando os obstáculos da fase introdutória são superados, mesmo que em partes. Ela atinge o clímax com o estabelecimento da relação.

Término: fase na qual termina a relação. Idealmente é planejada e com as metas obtidas.

O enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental precisa ter habilidades específicas para conseguir estabelecer uma relação eficaz:

- comprometer-se emocionalmente e estabelecer relações maduras;
- aceitar os outros seres humanos exatamente como são, sem julgamentos;
- manter objetividade na relação.⁵

O relacionamento, a relação e as interações terapêuticas com o portador de transtorno mental são funções importantes do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental. Tais funções objetivam humanizar a assistência. São capazes de ajudar nos processos de comunicação e de socialização e atendem necessidades afetadas da pessoa.^{6,7}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peplau H. Interpessoal relaciones in nursing. New York: G.P: Putanis, 1952.
2. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
3. Stuart GW. Relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
4. Varcarolis EM. Communication: the clinical interview and the nurse-client relationship. In: Varcarolis EM. Foundations of mental health nursing. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990.

5. Travelbee J. *Intervention em enfermagem psiquiátrica*. Colômbia: Carvajal, 1986.
6. Mello IM. *Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]*. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
7. Mello IM. *A avaliação da qualidade da assistência da divisão de enfermagem do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP sob o ponto de vista do prestador de serviço e do usuário [tese]*. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2003.

15

Terapia Cognitiva (TC)

A TERAPIA

A TC é uma terapia que visa tratar transtornos mentais. É de natureza focal, centrada no problema do paciente e pode ser aplicada individualmente ou em grupo.

Sua abordagem parte da concepção de que os transtornos mentais se produzem por meio das interpretações (idéias) que o paciente, em um processo patológico, faz das próprias experiências.^{1,2,3,4}

Entre seus objetivos estão: identificar os pensamentos disfuncionais que geram interpretações tendenciosas, ensinar métodos que os corrijam ou eliminem e reduzir o sofrimento emocional.

As principais indicações são o tratamento dos transtornos do humor e da ansiedade, embora com bons resultados nos demais.

Suas vantagens são: baixo custo, eficaz, breve, fácil aplicação pelo terapeuta e pode ser auto-aplicada sob coordenação do terapeuta.

A terapia tem sido empregada na Europa e nos Estados Unidos, despertando interesse no Brasil nos últimos anos.^{1,2,3,4}

MODELO TEÓRICO

O modelo teórico da TC foi elaborado pelo pesquisador Aaron Beck. Ele propôs a modificação de crenças disfuncionais básicas para tratar transtornos mentais.

Às crenças básicas (pressupostos) compõem o sistema de valores da pessoa, auxiliam na previsão de atitudes e no sentido que é dado às experiências, sendo necessárias para o funcionamento humano normal.

Às vezes, são disfuncionais: rígidas, extremistas e resistentes às mudanças. Dois exemplos de crenças básicas disfuncionais: "Todas as pessoas de meu trabalho não gostam de mim.", "Se eu não for simpático, não irão me aceitar".

Quando um evento confirma a validade da crença, provoca emoções negativas, como ansiedade e depressão.^{1,2,3,4}

O transtorno de Humor, fase de depressão, pode ser um exemplo de como se aplica a TC.

A DEPRESSÃO

A tríade cognitiva da depressão é o quadro no qual a pessoa vê suas experiências e futuro de forma negativa. Além de perceber-se como indesejável, interpreta as experiências diárias de modo negativo e antecipa sofrimentos sem fim.⁵

Pensamentos negativos, típicos da depressão, invadem a mente do paciente sem que ele consiga controlar. Os Pensamentos Negativos Automáticos (PNAs) são imediatos, invasivos e influenciam as interpretações das experiências presentes, lembranças do passado e eventos futuros. Alteram o comportamento, levam à diminuição de interesse e causam sentimentos e sintomas como: ansiedade, culpa, indecisão, diminuição da concentração, perda de apetite e de sono.^{1,2,3,4}

Na depressão que se agrava, os PNAs intensificam e tornam-se mais freqüentes, enquanto os pensamentos racionais diminuem. Com o tempo, surge um círculo vicioso de difícil rompimento: quanto mais a pessoa fica deprimida, maior é a ocorrência de pensamentos negativos e a crença em suas veridades. Por outro lado, o aumento dos pensamentos e a crença nas suas veridades pioram a depressão.

O TERAPEUTA

O terapeuta que pretende usar a abordagem da TC deve estar capacitado a responder ao paciente, criando uma atmosfera de interesse, aceitação e empatia.

No início do tratamento, ele deve ensinar diferença entre pensamentos e sentimentos (pensamentos são as idéias que aparecem através das

palavras, figuras e imagens, e sentimentos são as emoções como tristeza, raiva e ansiedade).

Durante as sessões, terapeuta e paciente, juntos, precisam identificar as crenças básicas e os comportamentos disfuncionais.^{1,2,3,4}

O TRATAMENTO

A dinâmica do tratamento dos transtornos mentais pela TC ocorre através da identificação, testagem no real e correção do modo de pensar. O paciente aprende a dominar problemas e situações, anteriormente considerados insuperáveis, através da reavaliação e correção de seus pensamentos, seguindo as etapas: ^{1,2,3,4}

- observação e controle de seus PNAs;
- reconhecimento de vínculos entre cognição, afeto e comportamento;
- exame de evidências a favor ou contra os pensamentos automáticos distorcidos;
- substituição de PNAs tendenciosos para interpretações mais reais;
- aquisição do conhecimento de identificar e alterar as crenças disfuncionais.

As principais técnicas de trabalho da TC são: explorar alternativas, analisar os erros de lógica, desastrosar, usar fatores de ajuda e parar pensamentos: ^{1,2,3,4}

Explorar as alternativas

Um paciente, ao passar por uma pessoa na rua, não é cumprimentado e pensa “Essa pessoa não tem simpatia por mim”.

O terapeuta deve estimular a explorar alternativas como: “A pessoa estava distraída e não reparou em mim”. “A pessoa estava preocupada e não me viu”. e “A pessoa é tímida e não quis me cumprimentar”.

Analisar erros de lógica

O paciente é estimulado a examinar seus pensamentos não como fatos, mas hipóteses (ou teorias) que devem ser investigadas.

Os erros mais comuns encontrados são: falta de evidências, generalização, confundir certeza com probabilidade, polarização e pensamento absoluto.

Descastrofizar

Nessa técnica é perguntado ao paciente: "E se o que você teme acontecer, qual será a consequência?". E continuar perguntando: "E daí?".

A medida objetiva mostra que sempre há alternativas e consequências, suportáveis e manejáveis.

Usar fatores de ajuda

O terapeuta discute com o paciente detalhadamente as situações temidas e, após, o ajuda a analisar as medidas que podem ser tomadas para corrigir as referidas situações.

Parar o pensamento

O paciente é ensinado a parar os pensamentos repetitivos, visualizando a palavra "Pare" ou um sinal de trânsito aceso no vermelho.

A medida objetiva aumentar seu controle sobre pensamentos e imagens.

Atualmente, o embasamento da Terapia Cognitiva (TC) foi associado às técnicas comportamentais, compondo o que se conhece como Terapia Comportamental Cognitiva (TCC), bastante utilizada no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ito LM. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
2. Range B et al. Psicoterapia comportamental e cognitiva. São Paulo: Editora Psy, 1999.
3. Range B et al. Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Artmed, 2001.
4. Stuart GW. Terapia cognitivo-comportamental. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. Porto Alegre: Artemed Editora, 2001.
5. Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr R, EC Miguel. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre, 2000.

16

Intervenção em crise

A CRISE

Crise, na área da saúde mental, é definida como o desequilíbrio provocado por um evento (acontecimento) significativo para a pessoa e que provoca sofrimento.¹

O que caracteriza a situação de crise é o significado que é dado ao evento. Costuma durar de quatro a seis semanas, não sendo doença, mas dificuldade de manejo de situações de ameaça, perda ou desafio.^{1,2,3,4,5}

Há evidências de que as crises não resolvidas podem desencadear transtornos mentais. Elas são divididas em evolutivas (de crescimento) e situacionais (inesperadas).

As crises evolutivas são: nascimento, entrada para a escola, adolescência, entrada para a vida adulta (caracterizada pela independência financeira), casamento, nascimento de filhos, meia idade, decrepitude e morte.

As crises situacionais, entre outras, são: orfandade, viuvez, perda de emprego, separação conjugal e doença.

Durante a crise, a pessoa experimenta uma gama intensa de sentimentos como ansiedade, raiva, medo, angústia e revolta. Eles precisam ser adequadamente identificados e trabalhados.

A crise pode ser vivida de forma individual ou grupal. A grupal ocorre geralmente na família que enquanto sistema se desorganiza durante uma crise.

Existem três possibilidades para a pessoa sair de uma crise:

- não consegue lidar adequadamente com a situação e se reestrutura em um nível de funcionamento menos saudável que o anterior;
- não consegue lidar adequadamente com a situação, reprime sentimentos, e se reestrutura no mesmo nível de funcionamento anterior, em pseudo-solução;
- maneja a situação adequadamente e se reestrutura em um nível de funcionamento mais saudável que o anterior, amadurecendo.³

INTERVENÇÃO EM CRISE

A intervenção em crise é considerada uma estratégia de assistência breve, intensiva, focal, efetiva no enfrentamento de eventos estressantes e de aplicação em tempo delimitado.

O objetivo dessa abordagem é ajudar na busca de mecanismos adaptativos novos e úteis, de acordo com as possibilidades da pessoa, ajudando no manejo de uma situação que, naquele momento, não consegue enfrentar sozinha.

O profissional, ao fazer uma intervenção em crise, necessita:

- usar técnicas de comunicação terapêutica;
- ajudar a pessoa em crise a ter percepção clara de pensamentos e sentimentos;
- ajudar na avaliação da situação, auxiliando nas escolhas e recorrendo a estratégias eficazes.^{1,2,3,4,5}

ETAPAS QUE O ENFERMEIRO DEVE PERCORRER EM UMA INTERVENÇÃO EM CRISE³

Identificação do evento crítico

Estratégia: Pedir à pessoa que descreva o evento em detalhes.

Objetivos:

- conhecer bem o evento;
- identificar sua progressão ao longo do tempo;
- conhecer os fatores desencadeantes;
- saber quem foi afetado.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Exploração de sentimentos, pensamentos e comportamentos envolvidos

Estratégia: Pedir à pessoa que dê sua percepção da crise.

Objetivos:

- avaliar o nível de funcionamento perante a crise;
- compreender o grau de percepção dos problemas;
- identificar suas necessidades pessoais;
- identificar ameaças e desafios ao longo do tempo.

Identificação de mecanismos de enfrentamento

Estratégia: pedir à pessoa que conte como no passado reagiu a eventos estressantes.

Objetivos:

- identificar se há história de mecanismos de enfrentamento desadaptados;
- sugerir estratégias adicionais de enfrentamento.

Desenvolvimento de plano adaptado de manejo

Estratégia: pedir à pessoa que ajude a pensar em um plano para resolver a crise.

Objetivos:

- conhecer os fatores desencadeantes;
- reforçar mecanismos de enfrentamento adaptados e saudáveis;
- ajudar a perceber as conseqüências da crise e como contorná-las.

Avaliação de como a pessoa percebe o plano de enfrentamento

Estratégia: perguntar à pessoa se julga que o plano de enfrentamento está adequado e se ajuda.

Objetivos:

- oportunizar implementação e revisão do plano;
- ajudar a perceber como generalizar estratégias de enfrentamento e, se necessário, usá-las adequadamente em situações futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
2. Taylor CM. Crise: teoria e intervenção. In: Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
3. Benter SE. Intervenção em crise. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
4. Varcarolis EM, Crises and crises intervention. In: Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
5. Louie K. Psychological crises. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.

17

Técnicas comportamentais

TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

Algumas técnicas comportamentais têm sido recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para serem usadas em unidades de saúde.

Neste capítulo, serão apresentadas três técnicas observadas em uso com bons resultados, em organizações de saúde mental.

Recompensa com fichas (pontos ou estrelas)^{1,2,3}

O pressuposto da técnica é que a presença de reforços positivos tende a mudar comportamentos disfuncionais. Nela, as fichas são usadas como reforços positivos. Toda vez que a pessoa se esforça para ter uma atitude favorável, tendo como referência o comportamento-alvo, é recompensada, assim como perde pontos pelas atitudes desfavoráveis. As etapas que o terapeuta precisa percorrer com o paciente são:

- realizar um contrato, após explicar detalhadamente o objetivo da técnica;
- explicar que na presença de uma atitude adequada, objetivando conseguir o comportamento-alvo, receberá uma ficha e se tiver atitude inadequada, perderá uma ficha.

O número de fichas que será trocado pelo prêmio escolhido, como por exemplo, ir ao cinema, é combinado previamente (25 fichas, por exemplo).

Exemplos de situação e estratégia:

a) *Situação*: Um paciente, portando transtorno alimentar, recusa-se a comer o que foi orientado pela nutricionista, pois almeja perder peso.

b) *Estratégia*: Fazer o contrato no sentido de extinguir o comportamento de não aceitar os alimentos. Toda vez que o paciente aceitar sua dieta, nos horários de refeição, receberá uma ficha. O prêmio final poderá ser a ida para casa, de licença, no final de semana, após obter número de fichas estabelecido.

Dessensibilização sistemática^{1,2,3}

O pressuposto da técnica é que ansiedade e relaxamento muscular são incompatíveis. Seu objetivo é diminuir comportamento de esquiva relacionado aos estímulos específicos, geradores de ansiedade e medo. As etapas que o terapeuta precisa percorrer com o paciente são:

- realizar um contrato, após explicação detalhada do objetivo da técnica;
- ensinar a relaxar a musculatura e imaginar cenas das situações que lhe causam ansiedade e medo;
- orientar a construir uma escala, de zero a dez, sendo zero a situação menos causadora de ansiedade e dez a mais;
- começar a abordagem, pedindo para imaginar a cena que causa menos ansiedade ao mesmo tempo em que relaxa a musculatura.

O processo avança conforme o paciente aprende a controlar a ansiedade e a vencer o medo, com supervisão do terapeuta.

Exemplos de situação e estratégia:

a) *Situação*: Uma pessoa tem os seguintes medos: entrar em elevador, passar debaixo de túnel e estar no meio de multidão.

b) *Estratégia*: Ensinar a relaxar a musculatura e fazer sua escala, graduando ansiedades e medos. Orientar a imaginar a cena menos ansiolítica (ex: entrar no elevador), ao mesmo tempo em que relaxa a musculatura, permanecendo junto. À medida que a pessoa aprende a dominar uma situação causadora de ansiedade e medo, deve ser trabalhada outra situação.

O terapeuta precisa ensinar que a ansiedade é desagradável, mas não perigosa, diminui com o tempo e que quanto mais treinar a técnica, maior será o progresso do tratamento. As fobias simples, sociais e o transtorno obsessivo-compulsivo podem ser tratados em situações reais.

Prevenção de resposta^{1,2,3}

O pressuposto dessa técnica é que a exposição ao estímulo causador de ansiedade, sem acompanhamento do comportamento disfuncional, desaparece com o tempo ao se perceber que situação temida não ocorre (a ansiedade tende a diminuir até desaparecer).

A técnica objetiva a ensinar a enfrentar situações temidas sem o comportamento disfuncional. As etapas que o terapeuta precisa percorrer com o paciente são:

- realizar um contrato, após explicar detalhadamente a técnica e seu objetivo;
- explicar que o comportamento disfuncional (por vezes um ritual) é um mecanismo para aliviar a ansiedade;
- garantir que a situação temida não acontecerá (ou tem pouca probabilidade de ocorrer) e que, com a prática, o comportamento disfuncional se extingue.

Exemplos de situação e estratégia:

a) *Situação*: Um paciente lava vinte vezes seu prato de comida após uso. Ele tem medo de que o prato não esteja limpo e transmita doença. (lavar o prato vinte vezes descarrega a ansiedade, sendo ritual).

b) *Estratégia*: Ensinar a pessoa a lavar o prato menos vezes, gradativamente, e observar que o temido não ocorre (ficar doente), até chegar a uma única lavagem de prato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suart GW. Terapia cognitiva comportamental. In: Suart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. Porto Alegre: Artemed Editora, 2001.
2. Lala CM. Communication within groups. In: Varcariolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
3. Kalin N, Dawson G, Kavanagh Gk. Major models of behavior and psychopathology. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.

18

Técnicas de relaxamento

RELAXAMENTO MUSCULAR

O estado de relaxamento muscular é aquele em que os músculos corporais estão descontraídos ou em repouso.

Saber induzir esse estado é útil em situações de tensão, ansiedade e estresse, pois ajuda a recompor o organismo e regular o ritmo das atividades.

O estado de relaxamento também propicia clima para reflexão de valores e idéias, para expressão de criatividade e indução da introspecção. Para induzi-lo, medidas como respiração profunda, *biofeedback*, hipnose, música, meditação e visualização de imagens ajudam.¹

Existem técnicas de relaxamento indicadas para:

- auxiliar nos aspectos físicos (problemas musculares);
- ajudar nos aspectos psicológicos (problemas emocionais);
- causar sensação prazerosa e de bem-estar.

As técnicas podem ser aplicadas por profissionais em qualquer pessoa ou serem auto-aplicadas.

Estudiosos dessa área alertam que:

- a tensão muscular é aprendida. O relaxamento muscular, de forma análoga, também pode ser aprendido;
- sensações desagradáveis podem ocorrer durante os exercícios, como formigamento de mãos e pés, que não são prejudiciais e desaparecem com o tempo;

- o relaxamento ocorre naturalmente, havendo motivação e interesse;
- durante os exercícios, algumas pessoas julgam perder o controle do corpo. É preciso saber que o controle é pessoal, mesmo estando completamente relaxado.

As condições auxiliares na indução do relaxamento são:

- estar em ambiente confortável, preferencialmente em cadeira ou cama adequada;
- permanecer com olhos fechados;
- deixar os pensamentos fluírem.

Algumas técnicas de relaxamento são indicadas para unidades de saúde mental:

Técnica para pessoas deprimidas

(Obs: inclui exercícios físicos que ajudam a liberar betaendorfina).

Tempo de duração: cinco minutos

Periodicidade ideal: diariamente, duas vezes por dia

Local: adequado ao número de participantes

Instrutor: profissional de saúde mental

Etapas que o profissional deve percorrer com os participantes:

- pedir para ficarem em pé;
- instruir a correrem (ou caminharem vagarosamente) sem sair do lugar;
- orientar a imaginar, enquanto simulam correr, que estão em um local agradável;
- descrever um local que pode ser: bosque com árvores, rios e pássaros, montanha com neve ou praia com sol e areia;
- estimular a perceberem a energia interna. Pode-se, por exemplo, imaginar que se está em uma competição de corrida, vencendo e com sensação de prazer.

Técnica para pessoas ansiosas

Tempo de duração: dez minutos

Periodicidade: quando necessário

Local: calmo e que ofereça privacidade

Instrutor: profissional de saúde mental

Etapas que o profissional deve percorrer com os participantes:

- orientar a reconhecerem sinais de ansiedade: tensão, mãos frias, sudorese e aperto no estômago;
- orientar a identificarem os pensamentos negativos que costumam anteceder os estados de ansiedade;
- pedir para imaginarem uma tela grande, com a palavra “PARE” e tentarem controlar os sentimentos ruins;
- dizer para inspirarem profundamente, tencionando os músculos e mantendo-os assim por 15 segundos;
- pedir para expirarem pela boca, enquanto relaxam os músculos, de uma só vez;
- solicitar que lembrem de cenas agradáveis ou tenham pensamentos positivos;
- orientar a substituir os pensamentos que causam ansiedade pelas cenas agradáveis ou pensamentos positivos.

O exercício acima deve ser repetido cinco vezes.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Lipp MN et al. Relaxamento para todos: controle do estresse. Campinas: Papyrus, 1997.

19

Reabilitação psicossocial

CONCEITO

A Reabilitação psicossocial é o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível, da autonomia do exercício de suas funções na comunidade.

De acordo com *The Internacional Association Psychosocial Rehabilitation Services* deve-se enfatizar as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, recreacional, educacional, ajustadas às demandas singulares da pessoa e situação de modo personalizado.

Difícilmente há contradição na idéia de que o trabalho é um instrumento de reabilitação, que precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer.¹

De modo mais amplo, a reabilitação psicossocial tem o objetivo de ajudar portadores de transtornos mentais com seqüelas (prejuízos) a resgatarem um nível de funcionamento próximo ao que tinham antes do aparecimento do transtorno mental, recuperando habilidades perdidas, desenvolvendo outras e conseguindo viver de modo satisfatório com boa qualidade de vida.

OS TRÊS VÉRTICES DA VIDA DO CIDADÃO

A casa

A casa (lar) é fundamental para a vida da pessoa. Saber cuidar de sua manutenção é essencial para a independência e satisfação.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

A reabilitação psicossocial pode ter o objetivo de treinar aspectos relacionados às atividades da vida diária, tendo a casa como referência.

Algumas habilidades necessárias para desempenhar adequadamente essas atividades são:

- manter a casa arrumada e limpa;
- cuidar das roupas pessoais e da casa;
- fazer as compras necessárias para manutenção do funcionamento da casa;
- cozinhar;
- realizar pequenos consertos domésticos;
- cuidar de plantas;
- receber visitas;
- decorar o ambiente;
- pagar contas da casa (água, luz, telefone);
- outras.

O trabalho

O trabalho (emprego ou profissão) proporciona a independência financeira e a realização pessoal.

Ter habilidade para obter e manter a atividade profissional pode ser fundamental para a qualidade de vida.

Algumas habilidades importantes para obter e manter trabalho são:

- saber procurar emprego pelos meios de comunicação (jornal, internet e outros);
- selecionar emprego de acordo com habilidades e grau de preparo;
- providenciar currículo e material para entrevista;
- marcar entrevista;
- comparecer adequadamente trajado para entrevista;
- saber responder as perguntas e dar informações solicitadas pelo entrevistador;
- conseguir participar de treinamento de capacitação para o trabalho;
- conseguir realizar as tarefas pertinentes à função;
- participar de treinamentos internos e externos que objetivem atualização;
- participar de cursos e experiências que habilitem a progressão profissional.

O lazer

Atividades de lazer são essenciais para a manutenção da saúde física e emocional.

Através das atividades de lazer a pessoa treina habilidades, mantém momentos prazerosos e tem a possibilidade de manter relacionamentos sociais.

Algumas habilidades necessárias para a manutenção e satisfação em atividades de lazer são:

- conscientizar-se de sua importância;
- selecionar atividades compatíveis ao gosto e às possibilidades, física, emocional e financeira;
- procurar locais onde são realizadas as atividades selecionadas;
- comparecer para sua realização de acordo com os requisitos adequados (ex: roupa de banho se for nadar, traje esportivo para participar de caminhada, roupa social se for a um restaurante fino à noite);
- tentar interagir com outras pessoas em atividades de lazer que contenham socialização (grupos de discussão, danças, festas e de família);
- comportar-se adequadamente de acordo com a atividade: dar risadas em festas e jogos esportivos e permanecer em silêncio durante apresentação de peça teatral ou orquestra sinfônica.

OFICINAS TERAPÊUTICAS E COOPERATIVAS SOCIAIS

Tanto as oficinas terapêuticas quanto as cooperativas sociais se propõem a desenvolver atividades de reabilitação psicossocial.

O Ministério da Saúde definiu as oficinas terapêuticas como “atividades grupais de socialização, expressão e inserção sociais” regulamentadas por Portaria², e criou as cooperativas sociais, através de Lei³, visando à integração social dos cidadãos e inserção das pessoas em desvantagem no mercado de trabalho, por meio do trabalho. Entre outros: deficientes psíquicos e mentais, pacientes psiquiátricos dependentes de acompanhamentos permanentes e egressos dos hospitais psiquiátricos.

Para realização das oficinas terapêuticas, três espaços foram entendidos como apropriados, por facilitar a comunicação e as relações interpessoais:

De Criação: caracterizado por oficinas que possuem os embasamentos da criação artística e da experimentação constante do usuário.

De Atividades Manuais: caracterizado por oficinas que requerem determinado grau de habilidade do usuário, que confecciona produtos úteis, posteriormente vendidos.

De Promoção de Interação: caracterizado por oficinas que objetivam interação e convivência entre usuários, técnicos, familiares e a sociedade.⁴

O PAPEL DA FAMÍLIA E COMUNIDADE⁵

A família e a comunidade devem ser levadas em consideração quando se planeja a reabilitação psicossocial, pois geralmente são os suportes do paciente, responsáveis por grande parte das funções para a manutenção da sua qualidade de vida.

A família, diante da experiência de ter um de seus membros com transtorno mental, experimenta sentimentos como raiva, medo, impotência e mesmo luto. Os aspectos abaixo devem ser analisados:

- estrutura familiar;
- atitudes da família em relação ao paciente;
- clima emocional (medo, raiva, depressão, ansiedade, calma);
- suportes sociais;
- experiências prévias da família com serviços de saúde mental;
- compreensão familiar sobre os problemas do paciente e os planos para sua assistência e suporte.

Idealmente, a comunidade deve colocar ampla gama de serviços à disposição do paciente e sua família, como:

- habitação, alimentação e vestuário;
- ajuda financeira;
- saúde e educação;
- outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 1999.
2. Ministério da Saúde. Portaria/SNAS, n.189 de 19/11/1991.
3. Ministério da Saúde. Lei n. 9.867 de 10/11/1999.
4. Delgado P, Leal E, Venâncio A. O campo da atenção psicossocial. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: TeCora, 1997.
5. Sundeen SJ. Reabilitação psiquiátrica. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2001.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

20

Psicoeducação

A PSICOEDUCAÇÃO

Os estudos mostram que pacientes submetidos às intervenções psicossociais mais longas têm menor número de recaídas, intervalo maior entre recaídas e índice significativamente menor de não-adesão aos tratamentos do que aqueles submetidos às intervenções mais curtas.

Muitas intervenções psicológicas, usadas com sucesso, contêm elementos educativos: ensinar a lidar com estigma, manter estilo de vida saudável, evitar abuso de substâncias e aderir ao tratamento, medidas que melhoram consideravelmente o *insight* do paciente sobre sua condição de saúde.^{1,2}

Ensaio clínico mostram a eficácia de intervenções psicoeducativas como: terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, ensino de identificação de sinais prodromáticos e intervenção focalizada na família.³

A psicoeducação é uma modalidade de intervenção psicossocial cujo emprego ajuda na abordagem integral do paciente, especialmente quando combinada com outras modalidades de terapia.

OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO

Em saúde mental, a psicoeducação tem alguns objetivos básicos: instruir paciente, família e comunidade sobre os transtornos mentais e situações correlacionadas, e dar suporte emocional.

Sua principal estratégia consiste em ensinar a manejar os problemas através de ensino formal básico.

Ao se aplicar a psicoeducação observa-se que:

- o transtorno mental é legitimado através do conhecimento e compreensão de sua base biológica;
- a cooperação dos familiares do paciente aumenta;
- a família torna-se mais hábil em monitorar sintomas, evitando recaídas e internações;
- as emoções negativas de familiares e comunidade diminuem¹.

O WORKSHOP

O *workshop* em saúde mental consiste em um curso intensivo sobre um tema relacionado aos transtornos mentais. Deve ser transmitido durante o tratamento do paciente e oferecido de forma individual ou grupal, que normalmente inclui famílias.

Para sua realização é recomendado uso de técnicas orais, como uma palestra, e recursos didáticos informativos como apostilas, folhetos e livros.

O ideal é que o evento dure o dia todo, seja agendado com antecedência, tenha programa formal e entrega prévia de convites aos familiares.

Durante sua realização, os profissionais devem estimular a participação de todos os envolvidos e, se possível, realizar uma confraternização, como almoço ou lanche.¹

UM PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO^{3,4}

Um programa psicoeducacional deve conter aspectos como:

- informação sobre índices de recorrência dos transtornos mentais e o fato de os mesmos ainda não terem cura;
- fatores desencadeantes e treinamento para identificação;
- informação sobre psicofármacos: uso e efeitos colaterais;
- detecção e manejo precoce de sintomas;
- necessidade de o paciente e família terem um “plano de emergência” para situações críticas;
- riscos associados ao uso de drogas ilícitas e legais;
- importância de manter rotinas e hábitos saudáveis de vida;
- gerenciamento de estresse;
- informação clara e objetiva sobre gravidez em portadoras de transtornos mentais e riscos associados;

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

– enfrentamento do estigma e da discriminação relacionados aos transtornos mentais.³

Evidencia-se que a psicoeducação fornece um enfoque teórico e prático para compreender e lidar com o transtorno mental e conseqüências no contexto do modelo médico. O paciente passa a compreender a complexa relação entre sintomas, personalidade, ambiente, relações pessoais e efeitos colaterais de medicações, o que o habilita a tornar-se responsável, mas não culpado pelo transtorno mental, passando a colaborar mais no tratamento. A intervenção é um potente instrumento para melhorar os problemas de saúde e prognósticos, auxiliando a gerenciar sentimentos de desespero, medo, baixa auto-estima e estigma.^{1,2,3,4}

Pesquisadores da saúde mental concordam sobre a necessidade urgente em treinar profissionais da saúde mental que atuam na prática em técnicas de comunicação e psicoeducação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yacubian J, Lotufo Neto F. Psicoeducação familiar [monografia]. São Paulo: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.
2. Vieira RM, Santin A, Soares J. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. São Paulo: Rev. Bras. Psiquiatr., vol. 26 (suppl 3), 2004.
3. Colon F, Vieta E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. São Paulo: Rev. Bras. Psiquiatr., vol. 26 (suppl 3), 2004.
4. Sundeen SJ. Reabilitação psiquiátrica. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.

21

Grupos de pacientes

GRUPOS

O que justifica a necessidade de o enfermeiro entender o mecanismo de trabalhos com grupos de pacientes é o fato de a assistência de enfermagem, em diversas oportunidades, ser oferecida em grupos.

Essa modalidade de trabalho começou com portadores de tuberculose, apresentando resultados favoráveis, sendo que, posteriormente, foi incorporada à saúde mental.^{1,2,3,4}

Durante a II Guerra Mundial houve marcante evolução nas técnicas grupais com portadores de transtornos mentais, que se mostraram vantajosas por atenderem número maior de pessoas, adaptando os métodos de tratamentos já conhecidos.

Grupo de pacientes pode ser definido como um sistema identificável composto por três ou mais pessoas que se propõem a realizar determinadas tarefas para atingir um objetivo comum, com seus membros participando.

O sistema grupal necessita manter o equilíbrio, pois o comportamento de qualquer um dos seus elementos afeta, e é afetado, a conduta dos demais. Deve ser percebido sob a perspectiva holística, não como soma de interações individuais.

Para que funcione efetivamente, deve ter normas e regras, sendo as mais significativas as elaboradas pelo próprio grupo, com a finalidade de direcionar os comportamentos dos membros que, por sua vez, modificam os seus para adaptarem-se à singularidade do grupo.

Cada grupo possui uma identidade única, embora compartilhe muito em comum com os demais. Cada componente do grupo desempenha um papel ou mais. Papel é o comportamento desempenhado pela pessoa durante o trabalho grupal, determinado por sua personalidade e necessidades do grupo. O indivíduo pode assumir papéis distintos em grupos e momentos distintos.

Recomenda-se que o grupo tenha de três a vinte pessoas para que funcione bem, preenchendo os papéis requeridos para atingir o objetivo.

Os grupos de pacientes nas unidades de saúde mental podem ter, entre outras, finalidades de educação, socialização, recreação e terapia.^{1,2,3,4}

MODALIDADES DE GRUPO

Socialização^{1,3}

Os grupos de socialização têm o objetivo de fazer com que as pessoas mantenham interesse pelo ambiente e contato social. Alguns exemplos de atividades são:

- discussão de problemas atuais;
- leitura de poesias;
- costura ou artesanato;
- passeios externos às unidades de saúde (parques, zoológicos, *shopings centers*, cinemas ou museus).

Sugestões para o planejamento de um grupo de socialização:

- manter um plano flexível que permita abordagem e alteração espontâneas;
- manter nível prático com limites possíveis de realizações;
- encorajar todos os membros do grupo a participarem do planejamento;
- realizar atividades que a maioria dos membros do grupo são capazes de realizar;
- evitar a monotonia, variando o foco de atividades;
- manter consistência no tom emocional dos encontros, de modo que as expectativas dos participantes do grupo sejam atendidas.

Terapêutico^{1,2,3}

O grupo terapêutico tem os objetivos de ajudar o paciente a alterar padrões de comportamentos disfuncionais e desenvolver meios eficazes de lidar com problemas emocionais.

Nessa modalidade de grupo sempre há um líder, profissional especialmente preparado, que trabalha para desenvolver, entre outros aspectos, sentimentos de confiança entre seus membros. Recomenda-se que não seja crítico, não julgue os comportamentos e conduza o próprio grupo para apontar e corrigir comportamentos disfuncionais. Ele precisa encorajar a participação de todos e mostrar aceitação e respeito por cada um.

O grupo terapêutico apresenta fases que costumam ser:

Pré-filiação e conhecimento: seus membros enfrentam o dilema da abordagem-evitamento. Eles têm vontade e receio de se conhecerem. O receio aparece por temerem os riscos que o envolvimento traz.

Experiência de conflito intra-grupo: seus membros estão no processo de estabelecimento de posições e tentativa de conquistar controle e poder dentro do grupo.

De intimidade ou diferenciação: seus membros conseguem compartilhar apropriadamente sentimentos e preocupações acerca de problemas emocionais e têm o senso de pertencerem ao grupo. A coesão grupal encontra-se no ponto máximo.

Conclusão: o líder do grupo ajuda os membros a integrarem o que aprenderam sobre eles mesmos e perceberem as alterações que precisam fazer em seus comportamentos.

As fases do trabalho de grupos se sobrepõem. A primeira e a última fase ocorrem em todos os grupos.

*Operativo*⁵

O grupo operativo, criado por Pichon Rivière, é usado em unidades de saúde, área da educação e no preparo de pessoas para desempenharem suas funções nas organizações. O autor teve formação psicanalítica ortodoxa, mas, posteriormente, propôs uma abordagem social mais ampla.

Pichon Rivière conceituou doença mental como a tentativa falida de adaptação da pessoa ao meio ambiente, capaz de ser explicada e compreendida.

Teorizou que a saúde mental pode ser medida pela qualidade do comportamento social da pessoa e obtida por um processo de aprendizagem da realidade: através de manejos, confrontos e solução integradora de conflitos.

Criou a técnica do grupo operativo, onde todos os componentes desempenham papéis específicos e realizam uma tarefa conjunta cujo principal objetivo é trabalhar a ansiedade grupal.

Psicodrama^{1,6}

O psicodrama é uma abordagem terapêutica grupal criada por Jacob Levy Moreno, com objetivo de oferecer aos participantes oportunidades de expressarem sentimentos e conflitos vinculados ao relacionamento interpessoal.

O coordenador é um terapeuta formalmente preparado que normalmente usa um palco e uma platéia, constituída dos pacientes e membros da equipe de tratamento, para realizar o psicodrama.

O terapeuta encena uma situação, após identificação de um problema interpessoal que será trabalhado pelo grupo, com os participantes assumindo papéis sobre os quais recebem instruções. Várias técnicas podem ser usadas durante o psicodrama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor CM. Grupo: teoria e intervenção. In: Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
2. Lala CM. Communication within groups. In: Varcarolis AM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
3. LaSalle PC, LaSalle A. Grupos terapêuticos. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
4. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
5. Pichon Rivière E. Processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
6. Gonçalves CS, Wolff JR, Almeida WC. Lições de psicodrama: introdução ao psicodrama. São Paulo: Agora, 1988.

22

A criança

CONCEITO

A infância é o período da vida que vai do nascimento até 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade, com importantes desenvolvimentos, físico, emocional, social e espiritual, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A presença de eventos traumáticos e o aparecimento de transtornos mentais, nessa fase, são bastante preocupantes porque podem ocasionar problemas no futuro.

No caso de traumas, os fatores determinantes, o grau em que a integridade foi atingida, a ameaça representada e os sistemas de apoio familiar e social são importantes.

Sempre que a equipe de saúde mental atender uma criança com problema emocional e/ou transtorno mental precisa incluir a família no planejamento e execução do tratamento.^{1,2,3,4,5}

DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

Personalidade pode ser conceituada como a soma das qualidades físicas e mentais de uma pessoa em interação com o meio ambiente.

Pode ser definida, de modo mais amplo, como a soma dos padrões dos comportamentos dos potenciais e manifestos, determinados pela hereditariedade e relacionada às principais áreas em que se organiza: cognitiva (inteligência), conativa (caráter) e somática (constituição).⁶

Alguns teóricos, como S. Freud, E. Erikson, H. Sullivan e J. Piaget, explicaram o desenvolvimento emocional e cognitivo da personalidade humana.¹

Freud salientou a importância das experiências na infância e seus efeitos na vida adulta, relacionou os estágios do desenvolvimento a determinadas áreas do corpo, como a boca, o ânus e os genitais, e criou o modelo “psicossexual” da estrutura da personalidade.¹

Erikson propôs o desenvolvimento da personalidade como contínuo, com vários estágios, com a pessoa cumprindo tarefas e vencendo desafios.¹

Sullivan, na sua teoria interpessoal, defendeu que o desenvolvimento sadio da personalidade humana depende do bom relacionamento com pessoas significativas, começando pela mãe e familiares próximos, e continuando com professores, amigos, cônjuge e outros.¹

Piaget destacou a importância do desenvolvimento cognitivo. Explicou que as crianças pensam, recordam e solucionam os problemas, em seus diferentes estágios, de modo diferente.¹

De acordo com o pensamento de vários estudiosos do assunto, o ser humano, de modo geral, percorre as seguintes etapas do nascimento até a vida adulta:

- pré-infância (primeiro ano e meio de vida);
- primeira infância (de um ano e meio até três anos);
- segunda infância (três a seis anos);
- latência (seis a doze anos);
- puberdade ou adolescência (de doze a dezoito anos).

HABILIDADES PARA SER UM ADULTO SAUDÁVEL

Para ser um adulto saudável e competente, a pessoa necessita aprender a dominar habilidades como: ⁷

- estabelecer intimidade e manter relacionamentos de confiança;
- manejar a separação e tomar decisões independentes;
- negociar decisões conjuntas e conflitos interpessoais;
- manejar frustrações e eventos desfavoráveis;
- celebrar bons sentimentos e experiências de prazer;
- saber aguardar gratificação;

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

- usufruir jogos e momentos de relaxamento;
- concretizar alguns processos (cognitivos) através das palavras, símbolos e imagens;
- estabelecer sentidos de adaptação, direção e propósito.

TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA^{8,9}

Retardo mental

Caracterizado pelo funcionamento intelectual (QI) abaixo da média esperada para a idade (70 ou menos).

No retardo mental leve, a criança apresenta QI entre 70 e 55. No moderado, entre 55 e 40. No profundo, entre 40 e 25. Finalmente, no severo, abaixo de 25.

O funcionamento intelectual limítrofe é a faixa de QI entre 70 a 90.

Transtornos de aprendizagem

Caracterizados por resultados abaixo do esperado na aprendizagem, considera-se aspectos como idade cronológica, inteligência e educação recebidas, os quais são detectados na escola, durante a realização de atividades de leitura, escrita e matemática.

Transtornos de habilidades motoras

Caracterizados pelo desempenho motor abaixo do esperado, considerados aspectos como idade cronológica, inteligência e educação recebida.

Transtornos invasivos do desenvolvimento (transtornos autistas)

Caracterizados pelo comprometimento em diversos aspectos relacionados ao desenvolvimento e marcos normais, como interação social, comunicação e padrões de comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados.

Transtornos de alimentação na infância

Caracterizados por comportamentos peculiares, envolvendo o ato de comer:

Pica: ingestão de substâncias estranhas que não tem a finalidade de nutrição.

Ruminação: ato de ruminar e regurgitar alimentos.

Transtorno alimentar: fracasso em comer adequadamente.

Transtorno de tique (Síndrome de Tourette)

Caracterizado por quadro composto por movimentos e/ou sons involuntários, súbitos, rápidos, recorrentes, não rítmicos e estereotipados (tiques).

O quadro no qual há associação de tiques, motores e vocais, por no mínimo um ano, recebe o nome de Síndrome de Tourette.

Transtornos de comunicação

Caracterizados por dificuldades em dominar a linguagem e/ou articular a fala.

Transtornos na eliminação fisiológica

Caracterizados por modos inadequados de realizar as eliminações fisiológicas. Podem ser:

Encoprese: evacuação repetida em locais impróprios, após os quatro anos de idade.

Enurese: esvaziamento da bexiga nas roupas e/ou cama, após os cinco anos de idade.

Transtorno da ansiedade da separação

Caracterizado por ansiedade excessiva quando precisa sair de casa (lar) ou separar-se de pessoas de apego.

Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção (TDAH)

Caracterizado por desempenho inadequado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade. Apresenta sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade (sintomas cardinais do TDAH).

Além dos transtornos apresentados anteriormente, a criança e o adolescente podem ter os mesmos transtornos do adulto como: do Humor (depressão e mania), do Pensamento (esquizofrenias) e da Ansiedade.

O AMBIENTE TERAPÊUTICO^{1,2,3,4,5}

A unidade de saúde mental que proporciona assistência para criança e adolescente com transtorno mental precisa criar um ambiente terapêutico específico.

Deve-se considerar as fases que a criança ou adolescente percorrem sendo percebido como ser em desenvolvimento e não mini-adulto.

O ambiente precisa manter:

- presença de uma pessoa significativa;
- sensação de segurança e intimidade;
- condição de atendimento das necessidades das faixas etárias, envolvidas;
- atividades que estimulem o desenvolvimento;
- família participante do tratamento;
- intervenções, individuais ou grupais, e recursos como biblioteca, arte-terapia, jogos, narração de histórias e encenação de peças;
- equipe de trabalho com afinidade e conhecimento relacionado à faixa etária.

ATIVIDADES E ESPAÇOS QUE PODEM SER OFERECIDOS^{1,2,3,4,5}

Jogos infantis e brincadeiras: de acordo com idade e condições dos participantes, individuais ou grupais. O objetivo é proporcionar prazer, estimular a curiosidade e manter climas de confiança e intimidade.

Arte-terapia: com atividades como desenhar e esculpir. O objetivo é ajudar a expressar emoções e compartilhar experiências.

Biblioteca: com livros agradáveis que ajudem na identificação com personagens positivos e retratem situações de vida.

Narrativa de histórias por contadores: com histórias contadas por outras pessoas. O objetivo é aliviar o sofrimento e ensinar habilidades para enfrentar problemas.

Narrativa de histórias pelas próprias crianças: com histórias contadas pelas próprias crianças. O objetivo é aliviar o sofrimento e ensinar habilidades para enfrentar problemas.

Encenação de papéis: representação de papéis pelas crianças, junto com outras. O objetivo é trabalhar comportamentos.

TRATAMENTOS

*Biológicos*¹⁰

Praticamente todos os psicofármacos usados no adulto são adaptáveis ao tratamento da criança.

No entanto, há aspectos que precisam ser considerados quando se utiliza a psicofarmacoterapia nessa faixa: a maturação do sistema nervoso central, considerando idade, jeito de sentir, entender e expressar, que é diferente do adulto e, finalmente, as experiências acumuladas ao longo da vida.

Psicoterapias

Algumas psicoterapias são recomendadas no tratamento da criança. Precisam ser realizadas em atmosfera livre, não ameaçadora, objetivando que compreenda seu comportamento, esclarecendo situações e possibilitando o desenvolvimento.⁸

As terapias com jogos ajudam a criar clima lúdico, que possibilita expressar e trabalhar sentimentos.

Reabilitação psicossocial

Atividades relacionadas à reabilitação psicossocial são aplicáveis às crianças.

Psicoeducação

A psicoeducação é estratégia útil tanto para a criança quanto para a família.

Grupos de ajuda

Existem grupos de ajuda que objetivam dar suporte aos pais e familiares.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{1,2,3,4,5}

| ASPECTO/SITUAÇÃO | AÇÕES |
|--|---|
| Atividades da vida diária | – Estimular, supervisionar e realizar, de acordo com a necessidade e capacidade de cada criança. |
| Necessidades de segurança e auto-imagem positiva | – Oferecer apoio, segurança, valorização da auto-imagem e da auto-estima. – Oferecer tarefas, brincadeiras e jogos através dos quais as habilidades sejam destacadas de modo positivo. |
| Recreação | – Oferecer atividades de recreação, de acordo com idades, preferências e habilidades. |
| Presença de comportamentos disfuncionais | – Oferecer possibilidades de correção de comportamentos disfuncionais através de técnicas educativas e comportamentais. – Colocar limites quando necessário. |
| Necessidade de carinho e atenção | – Oferecer carinhos com toques físicos, abraços e beijos, quando pertinentes, e bem aceitos pela criança. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor CM. Populações em risco: crianças e adolescentes. In: Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
2. Bonham B. Infants, children, and adolescents. In: Varcariolis AM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
3. Barthel R, Herrman C. Psychiatric mental health nursing with children. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.
4. Benett CF. Enfermagem psiquiátrica com crianças. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
5. Cruz CA. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno de aparecimento na primeira ou segunda infância. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
6. Eysenck HJ. Crime and personality. London: Grenade, 1977.
7. Strayorn J. The competent child: an approach to psychoteraphy and preventive health. New York: Guilford, 1989.

8. Berstein N. Distúrbios infantis. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
9. Assumpção Jr FB. *Psiquiatria na infância e na adolescência*. São Paulo: Maltese, 1994.
10. Andrade ER, Moraes MCB. *Psicofarmacologia na infância e adolescência*. In: Teng CI, Demetrio FN. In: Teng CT, Demetrio FN. *Psicofarmacologia aplicada*. São Paulo: Atheneu, 2006.

23

O adolescente

CONCEITO

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a vida adulta, correspondendo à faixa etária dos 12 aos 19 anos de idade.

Nos serviços de saúde mental do Brasil, os adolescentes têm sido assistidos juntos com as crianças. Os transtornos referentes a essa faixa são classificados juntamente com os da infância.¹

A literatura de enfermagem recomenda que o enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental aborde o adolescente, visualizando seu movimento em relação à vida adulta.

Seus aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais e sua adaptação junto à família, escola e grupo social devem ser observados.

Estudos atuais mostram que essa etapa de vida não é necessariamente um período de conflitos e rebeldias.^{2,3,4}

TAREFAS PARA ATINGIR A VIDA ADULTA: ⁵

- conquistar relações novas e maduras com companheiros de ambos os sexos e mesma faixa etária;
- conquistar papel social correspondente ao seu sexo;
- aceitar conformação física e uso do corpo;
- obter independência emocional em relação aos pais e outros adultos;
- preparar-se para a vida a dois e familiar;
- preparar-se para exercer uma profissão;
- adquirir um conjunto de valores e de um sistema ético adequado para nortear comportamentos.

TEORIAS SOBRE A ADOLESCÊNCIA³

Existem teorias que explicam as ocorrências da adolescência, sendo elas: biológicas, psicossociais, culturais, psicanalíticas e cognitivas.

As biológicas mostram o organismo em amadurecimento, entrando na fase de reprodução e ocorrendo mudanças hormonais e somáticas.

As psicossociais (Erikson e Sullivan) salientam a influência dos fatores sociais sobre os processos evolutivos, a tentativa de estabelecimento de identidade e busca de relacionamentos íntimos.

A teoria psicanalítica (Freud) enfatiza o despertar do interesse sexual. Esse período é caracterizado por mudanças biológicas, reorganização da personalidade e ajustamento à condição física nova.

A teoria cognitiva (Piaget) destaca a aquisição do pensamento formal, que passa do concreto e começa a usar símbolos e abstrações, o que capacita a trabalhar melhor as idéias e tirar conclusões.

As teorias culturais destacam alguns aspectos:

- existe variação nas manifestações da adolescência nas diferentes culturas, embora seja fenômeno comum a todas;
- a rebeldia do adolescente não tem base biológica, é culturalmente determinada;
- o adolescente tem necessidade de reagir às expectativas sociais;
- esse período costuma ser mais estressante em culturas mais complexas.

PROCESSOS DA ADOLESCÊNCIA^{2,3,4}

Preocupação com a imagem corporal

Devido às intensas mudanças corporais da fase, aparece a preocupação do adolescente em comparar seu corpo com os iguais e manter padrão de igualdade.

Quanto maior a diferença percebida em relação aos companheiros da faixa etária, maior a ansiedade.

Às vezes, sente vergonha e preocupação exagerada.

Busca da identidade

Para firmar sua identidade, o adolescente passa por momentos de tensão, usa mecanismos de defesa que foram úteis na infância e testa

mecanismos alternativos. Quando estabelece novos relacionamentos, principalmente com o sexo oposto, o adolescente vive uma intensa etapa exploratória, experimenta papéis novos e faz um movimento em relação à individuação e à autonomia. Esse processo pode ser acompanhado de sensação de solidão e de confusão.

Busca da independência

A busca da independência tem momentos de ambivalência. Às vezes, o adolescente quer ceder à dependência. Esse processo costuma ser caracterizado por comportamentos inconsistentes.

Busca do papel social

A procura do papel social inclui: escolha da profissão, necessidade de desenvolver novas habilidades e aparecimento de novos interesses. Nesta etapa, a pessoa prepara-se para deixar a família de origem e constituir outra, escolhendo o companheiro.

Comportamento sexual

O adolescente tem dúvidas em relação à vida sexual, embora negue o fato. Usa intensamente a fantasia para alívio da curiosidade e da tensão, podendo sentir vergonha e culpa. Procura corresponder às expectativas do grupo etário em relação ao namoro e à prática sexual.

A família

Conhecer a família do adolescente é fundamental para o enfermeiro entendê-lo. No entanto, é importante que dê prioridade para suas necessidades e não de sua família.

Quando procurado pela família deve fazer os seguintes questionamentos:

- O que preocupa a família no adolescente?
- Quando os problemas começaram?
- Que mudanças foram percebidas?
- Onde os problemas foram percebidos: em casa ou na escola?
- O que piora e melhora o comportamento?
- Como esses problemas afetaram o relacionamento do adolescente com pais, irmãos, colegas e professores?
- Que alterações houve no desempenho do adolescente na escola?

ADOLESCENTE EM RISCO^{2,3,4}

O adolescente está exposto a riscos físicos, emocionais e ambientais, sendo os principais:

Alimentação e peso

Transtornos alimentares como anorexia, bulimia e comer compulsivo costumam começar na adolescência. Alguns sinais que indicam predisposição: preocupação excessiva com comida e dieta e uso inadequado e exagerado de exercícios físicos.

Comportamento violento (agressividade física)

A agressividade é um impulso humano normal. Precisa ser canalizada construtivamente e descarregada através de atividades esportivas e tarefas que exijam força física.

O adolescente que exhibe agressividade anormal pode ter modelo de identificação negativo, ou frustrações marcantes, que precisam ser identificadas.

Divórcio dos pais

O divórcio dos pais costuma ser uma crise na vida do adolescente. Sua reação vai depender da idade e grau de compreensão. Ele pode sentir depressão, raiva, ansiedade, identificar um dos pais como vítima e apresentar pessimismo em relação a relacionamentos íntimos futuros.

Fuga de casa

O adolescente pode fugir de casa, em virtude da violência do meio, condições de pobreza e por pertencer à família constantemente disfuncional.

Gravidez

A gravidez, quando ocorre em adolescente casada ou solteira, é preocupante por ser um risco à sua saúde.

Em nossos dias, a gravidez na adolescência decorre principalmente das experiências de exploração da sexualidade. Às vezes, é uma tentativa de forçar a família a concordar com um relacionamento ou desejo inapropriado de ter um bebê, por não entender a responsabilidade de criar uma criança. Nessa situação, pode tornar-se o “bode expiatório” da família.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

A resolução da gravidez da adolescente envolve decisões difíceis, todas desencadeadoras de crises: aborto, colocação da criança em lar adotivo ou casamento.

Uma situação comum, em nossos dias, é a adolescente assumir o filho com ajuda dos pais. Mesmo essa medida traz prejuízos, pois atrapalha estudo, diminui chances de empregos, prejudica relacionamentos e força a entrada para a vida adulta.

Transtorno de conduta

O transtorno de conduta na adolescência é um quadro psiquiátrico que necessita de intervenção médica. É caracterizado por comportamentos que violam direitos básicos e regras sociais. Entre outros aspectos, há atos como crueldade, mentira, falta à escola, depredação de patrimônio e luta corporal. Os casos mais sérios costumam evoluir para envolvimento com drogas, roubo e furto.

Às vezes, a pessoa recebe indevidamente o diagnóstico de portador de transtorno de conduta, uma vez que seu comportamento decorre de dinâmica familiar alterada: filhos ditando regras e pais permissivos.

Uso e abuso de drogas

O uso e o abuso de drogas pelo adolescente é um assunto bastante sério, pois o afeta em uma fase de crescimento e aprendizado. Pode tornar-se problema prematuramente crônico, além dos problemas clínicos, psíquicos e sociais que provocam.

Os motivos mais comuns para o uso de drogas são:

- expressão de rebeldia com apoio do grupo de iguais;
- curiosidade;
- esforços para conciliar os sentimentos de vulnerabilidade e vazio.

O álcool é uma das substâncias mais abusadas pelo adolescente e está associado às causas mais freqüentes de mortalidade como: acidentes, homicídios e suicídios. O tabaco e outras drogas também costumam ser usados.

Suicídio

O suicídio é uma importante causa de morte na faixa etária dos 15 aos 24 anos, sendo comum que se recorra a armas de fogo, superdosagem de

droga, enforcamento, precipitação de alturas e uso do monóxido de carbono. Os homens costumam ser mais efetivos na consecução do suicídio, enquanto as mulheres tentam mais.

Os principais transtornos psiquiátricos relacionados ao suicídio são os transtornos afetivos bipolares, particularmente a fase da depressão, transtornos de conduta e traços de personalidade.

Os fatores que costumam estar relacionados ao suicídio são:

- perda ou falta de um relacionamento importante;
- isolamento social;
- desempenho escolar;
- perturbação da amizade ou aliança romântica;
- abuso de substâncias, principalmente como forma de chamar a atenção sobre si;
- dinâmica familiar conturbada.

O adolescente que está pensando em cometer suicídio costuma dar indícios de suas intenções, abordando temas relacionados à morte, expressando idéias suicidas ou doando seus pertences.

Recomenda-se que se explorem as seguintes áreas quando se trabalha com adolescente com risco de suicídio:

- seriedade da tentativa;
- estado mental;
- extensão do estresse ambiental, especialmente de problemas familiares;
- ambiente social mais amplo e sistema de apoio como: família, amigos, escola e trabalho;
- probabilidade de novas tentativas de suicídio, principalmente quando as condições desencadeadoras continuam.

Por se tratar de uma situação extremamente complexa, o suicídio requer, se possível, abordagem de equipe multidisciplinar, mas o enfermeiro deve:

- ajudar a explorar os sentimentos do adolescente e suas razões;
- oferecer oportunidades para desenvolver senso de valor, de pertencer a um grupo, de domínio, de auto-estima, de segurança e conforto.

Medidas preventivas importantes devem ser tomadas em relação à comunidade e família, orientando sobre a prevenção do comportamento suicida e sinais de alerta.

No caso da consumação do suicídio, deve-se trabalhar o processo do luto nos envolvidos e dar atenção aos membros da família e comunidade que podem tentar imitar o ato.

A ABORDAGEM PELO ENFERMEIRO

As atuais políticas de saúde mental destacam a importância da promoção e prevenção em saúde. Esse fato coloca em relevo a atuação do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental.

Em nosso meio, não há muitas experiências relatadas pelos enfermeiros em assistir adolescentes, principalmente quando envolvidos em maiores situações de riscos.

A criação de alianças terapêuticas e vínculos é aspecto fundamental para a abordagem eficaz do adolescente.

O encaminhamento para o psiquiatra ou outros profissionais, quando está em situação de risco, é indispensável.

O enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental precisa compreender a diferença entre a necessidade da pessoa explorar construtivamente seu meio ambiente e relações, através de experiências positivas, e o risco em engajar-se em atividades perigosas.

Existem evidências que mostram quando um adolescente está envolvido em problemas: ³

Em casa: atuação e segredos.

Na escola: faltas injustificadas, notas baixas e comportamento perturbador.

Comportamento anti-social: delinqüência e problemas com a lei.

Saúde: doença crônica ou deficiências.

Humor: depressão, ansiedade ou hostilidade.

Funcionais: problemas alimentares, sono ou queixas psicossomáticas.

Aparência: má higiene e desconsideração pelo vestuário.

Sexuais: promiscuidade, gravidez e abuso sexual.

Abuso de substâncias: uso regular ou grandes quantidades.

Grupo de iguais: falta de amigos ou amigos anti-sociais.

Ao se fazer avaliações física, comportamental e social do adolescente é preciso considerar: ⁶

- aparência;
- crescimento e desenvolvimento;

- estado biológico: doenças, acidentes e deficiências;
- estado emocional: relacionamento, afeto e estado mental;
- bagagem cultural, religiosa e socioeconômica;
- capacidade para executar atividades da vida diária;
- padrões de enfrentamento: defesas, atuação ou retraimento;
- padrões de interação com família, grupo de iguais e sociedade;
- comportamento sexual: grau de conhecimento, natureza, frequência, preferências e/ou conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis;
- uso de álcool e de outras drogas;
- percepção da saúde;
- metas de saúde;
- ambiente físico, emocional e ecológico;
- recursos humanos e materiais disponíveis: amigos, envolvimento na escola e comunidade.

TRATAMENTOS

Biológicos

Praticamente todos os psicofármacos usados em adulto são adequados ao tratamento do adolescente.

Devem ser considerados aspectos como a maturação do sistema nervoso central, de acordo com faixa etária, uma vez que o modo de sentir, entender e expressar é diferente da criança e do adulto e, finalmente, suas experiências acumuladas ao longo da vida.⁷

Psicoterapias^{1,3}

Psicoterapias costumam ser úteis para essa faixa etária. O adolescente pode reagir ao terapeuta da mesma forma que reage a outras figuras que identifica como autoridade. Não se recomenda que o terapeuta assuma o papel de amigo, mas de ego auxiliar, não crítico, ajudando a pensar.

As terapias de grupo, usando companheiros da mesma faixa etária, podem ser úteis.

Psicoeducação

A Psicoeducação é uma estratégia útil tanto para o adolescente quanto para sua família, abordando os transtornos ou situações complicadas, tratamento, abordagem e manejo.

Reabilitação psicossocial

Várias atividades de Reabilitação psicossocial são aplicáveis aos adolescentes.

Grupos de ajuda

Objetivam dar suporte aos pais e familiares.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{2,3,4}

| ASPECTO/SITUAÇÃO | AÇÕES |
|--|---|
| Preocupação exagerada com o corpo | – Orientar sobre as mudanças corporais próprias da idade. |
| Busca da identidade com sentimentos de confusão e medo | – Ajudar na compreensão e expressão dos sentimentos, esclarecer o processo de busca de identidade característico da fase e ajudar a encontrar mecanismos apropriados de defesa. |
| Busca da independência alternada com momentos de ambivalência | – Estimular a independência, mas alertando e orientando para as situações de risco. |
| Busca do papel social com momentos de dúvidas e incertezas | – Ajudar a pensar nas opções profissionais, de vida e na importância das escolhas. |
| Dificuldade em assumir o comportamento sexual | – Orientar sobre aspectos relacionados ao sexo, como transformações do corpo, sexualidade, uso de contraceptivos, risco de engravidar e de adquirir doenças sexualmente transmissíveis. – Abordar a sexualidade saudável, discutindo crenças e preconceitos. |
| Distúrbios na área da alimentação e peso, principalmente com indícios de haver transtornos alimentares | – Encaminhar para avaliação em unidade de saúde especializada, uma vez que diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais. |
| Comportamento violento ou agressividade física | – Mostrar a necessidade de controle e responsabilidade do comportamento. – Orientar familiares. – Encaminhar para tratamento especializado em caso de agressividade exagerada. |
| Não aceitação do divórcio dos pais | – Realizar intervenção em crise. – Em casos mais graves, encaminhar para atendimento psicológico ou médico. |

| | |
|-----------------------|---|
| Fuga de casa | <ul style="list-style-type: none"> – Encaminhar para o Serviço Social quando o problema é de origem social como situações de pobreza e violência. – Fornecer suporte e orientações, tanto para adolescente quanto para a família, em casos de família disfuncional. – Encaminhar para atendimento especializado, em casos que a dinâmica familiar é complexa e exige maior preparo profissional. |
| Gravidez | <ul style="list-style-type: none"> – Dar suporte à adolescente, conscientizando a família, o companheiro e outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento a fazerem o mesmo, se possível, em um trabalho conjunto. – Ajudar a clarear junto aos envolvidos as possibilidades que existem para resolver a situação. A decisão a ser tomada deve envolver a adolescente. – Encaminhar a gestante para acompanhamento pré-natal. |
| Transtorno de conduta | <ul style="list-style-type: none"> – Esclarecer aos familiares o conceito de transtorno de conduta. – Orientar escola e família sobre a importância de colocação de limites em casos de comportamentos nessa linha. – Encaminhar para tratamento especializado. |
| Uso e abuso de drogas | <ul style="list-style-type: none"> – Explorar os motivos do uso da droga e orientar sobre os prejuízos. – Encaminhar para tratamento especializado quando a situação já se caracteriza como abuso. |
| Ideação suicida | <ul style="list-style-type: none"> – Atender em equipe multidisciplinar, quando possível, devido à complexidade do problema. – Abordar o adolescente, procurando entender o porquê da ideação. – Ajudar na expressão de sentimentos. – Mostrar alternativas a essa solução. – Orientar familiares, escola e comunidade quanto à abordagem e sinais que antecedem ao suicídio. |
| Suicídio consumado | <ul style="list-style-type: none"> – Trabalhar o processo do luto nos envolvidos. – Dar atenção aos membros da família e à comunidade, pois pode haver quem tente imitar o suicida. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kerns L, Fox G. Distúrbios da adolescência. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
2. Taylor CM. Populações em risco: crianças e adolescentes. In: *Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
3. Redston-Iselin A. Enfermagem psiquiátrica com adolescentes. In: Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artemd, 2001.
4. Bonham B. Infants, children, and adolescents. In: Varcarolis AM. *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
5. Havighurst RL. *Developmental tasks and educations*. New York: David McKay, 1972.
6. Vaandermeer J, Gabert U. Psychiatric nursing admission total for children adolescents. *J. Child Adolesc Psychiatr Nursing*, 6:15, 1993.
7. Andrade ER, Morais MCB. Psicofarmacologia na infância e adolescência. In: Teng CI, Demetrio FN. In: Teng CT, Demetrio FN. *Psicofarmacologia aplicada*. São Paulo: Atheneu, 2006.

24

O idoso

CONCEITO

O idoso é a pessoa com 65 anos de idade, ou mais, de acordo com o que define a Organização Mundial da Saúde (OMS). O aumento da expectativa de vida dessa faixa etária da população tem levado os estudiosos da área e formuladores de políticas públicas a se dedicarem mais à questão.^{1,2,3,4}

A gerontologia é o campo de estudos que investiga os fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados ao envelhecimento do ser humano, enquanto a geriatria é o ramo da medicina que estuda, previne e trata doenças e incapacidades do idoso.

O ENVELHECIMENTO NORMAL

As alterações esperadas no processo de envelhecer são: perdas da elasticidade da pele, da função e estrutura orgânica, enfraquecimento do sistema imunológico, diminuições na massa, estrutura e força esqueléticas e alterações nos órgãos dos sentidos. As alterações psíquicas costumam ser leves, não interferindo substancialmente no cotidiano.

O envelhecimento normal e saudável está diretamente relacionado à manutenção de bons hábitos de vida e saúde.

As principais medidas para chegar a essa faixa etária em boas condições são:

- manter alimentação adequada às necessidades nutricionais da idade;
- combater a obesidade;

- não usar drogas, como exemplos álcool e tabaco;
- realizar atividades físicas;
- combater o excesso de estresse;
- usar medicação de modo criterioso.

Todo idoso vivencia situações comuns, peculiares e universais, como:

Solidão

A experiência de perdas dos contemporâneos e velhos amigos é real. O idoso, às vezes, percebe a existência com sensação de inutilidade e vazio.

Perda e luto

O idoso apresenta uma gama de sentimentos em relação às suas perdas de vida e necessita expressá-la.

Revisão de vida

Nesse processo, a pessoa costuma trazer conflitos não resolvidos à consciência e colocar os sentimentos em palavras.

O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

O paciente idoso pode ter transtorno mental ou neurológico, sendo os mais comuns a depressão e as demências, particularmente a de Alzheimer. Alguns recursos e técnicas são indicados para ajudá-lo nas unidades de saúde e nos domicílios: ^{1,2}

- repetir informações, usar auxiliares audiovisuais, colocar lembretes nas paredes e usar indicadores coloridos ajudam na comunicação e orientação;
- usar recursos com objetivo de ajudar na auto-manutenção: barra de segurar em banheiro, cadeira colocada em local estratégico e vestimenta de fácil colocação;
- reforçar sistematicamente os comportamentos alvos, ou seja, os que precisam ser melhorados.

É sempre recomendável:

- chamar pelo nome;
- informar o nome da pessoa que dá cuidados;

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

- facilitar contato visual, mantendo proximidade;
- falar devagar, em tom de voz moderado, devido a prováveis dificuldades auditivas;
- manter contato físico, através de toques de mãos;
- manter rotina pessoal próxima a que tinha em sua casa, quando possível;
- ter cautela com fármacos que causem sedação;
- monitorar sinais vitais;
- encorajar a fazer o que é capaz. Incluir nas decisões a serem tomadas;
- supervisionar ou ajudar na alimentação. Oferecer alimentos calóricos, em intervalos de tempo mais curtos;
- falar de modo claro e vagaroso ao dar instruções. Se necessário, escrever com letras graúdas para que possa ler mais tarde, com menor nível de ansiedade;
- incluir a família no programa de assistência.

DEPRESSÃO NO IDOSO

Alguns modelos explicam a depressão no idoso: ^{1,5,6}

- desequilíbrio de substâncias químicas no organismo;
- perdas percebidas e reais;
- desesperança, entendida como mecanismo de não esperar mais nada diante das inúmeras situações e perdas que já viveu.

Os sintomas da depressão nos idosos são os mesmos que os das demais faixas etárias, mas é comum que não sejam colocados de modo claro. Podem ser expressos como medo e preocupação com o corpo e queixas físicas, como cefaléias, problemas digestivos, dores lombares e articulares.

TRATAMENTOS

Biológicos¹¹

A Psicofarmacoterapia, particularmente com os antidepressivos, é a primeira escolha de tratamento do transtorno mental. A Eletroconvulsoterapia (ECT) e a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) também são eficazes, principalmente em casos mais graves.

Psicoterapias²

As psicoterapias no idoso são semelhantes às de outras faixas etárias, mas com adaptações técnicas conceituais.

As mais eficazes são as centradas nos problemas presentes, que fornecem recursos para enfrentar as situações do momento.

As terapias breves e de linha psicanalítica também podem apresentar bons resultados.

A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) é particularmente útil na depressão por colocar ênfase nos pensamentos disfuncionais.

A psicoterapia familiar é útil quando o transtorno do idoso apresenta evolução crônica, levando à desorganização do sistema familiar.

Reabilitação psicossocial

As abordagens sociais e ocupacionais são indicadas na reabilitação, particularmente as que contêm técnicas que estimulam as funções cognitivas.

Psicoeducação

A psicoeducação objetiva ensinar medidas para paciente e família relacionadas ao transtorno, tratamento e manejo.

Grupos de auto-ajuda

Os grupos que dão suporte aos portadores de transtornos de humor e grupos que dão suporte aos familiares e cuidadores de idosos são recursos importantes.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO DO IDOSO^{3,4,5,6,7,8}

| PROBLEMA OU SITUAÇÃO | AÇÕES |
|--|--|
| Presença de sintomas fisiológicos (que podem ser confundidos com alterações normais do envelhecimento) | – Observar a presença e característica de sintomas fisiológicos: entre outros, constipação intestinal, alteração no padrão de sono, lentificação motora. |
| Dificuldade na auto manutenção | – Supervisionar, estimular e proporcionar os cuidados físicos. – Reforçar e estimular a auto manutenção. |

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

| | |
|--|--|
| Dificuldade em manter independência e relacionamentos pessoais | <ul style="list-style-type: none"> – Estimular a manter independência, relacionamentos pessoais e contatos familiares próximos, que ajudam na prevenção e combate da depressão. – Proporcionar oportunidade de participar de grupos: de atividades e de discussão. |
| Diminuição da auto-estima | <ul style="list-style-type: none"> – Oferecer oportunidade para expressar sentimentos. – Lembrar as realizações positivas da vida. – Oferecer atividades que ajudem a restabelecer a auto-estima. |
| Risco de suicídio | <ul style="list-style-type: none"> – Observar risco de suicídio. A pessoa pode não perceber outra alternativa, se não a morte, para solucionar problemas. |

DEMÊNCIAS

Os principais tipos de demência são: Doença de Alzheimer, Demência frontal, Doença de Pick, Demência por corpúsculos de Levy e Degeneração córtico-basal. São diagnosticadas quando suficientemente graves para provocar prejuízos sociais e profissionais. O modo de instalação e a evolução dependem do tipo de demências.¹

DEMÊNCIA DE ALZHEIMER^{2,3,4,5,6,7,8,9}

A Demência de tipo Alzheimer (DA) é a causa mais freqüente de demência, responsável por mais de 50% dos casos. Trata-se de um quadro neurológico, degenerativo, crônico, evolutivo, fortemente relacionado ao avançar da idade. Eventualmente pode surgir mais cedo, ou seja, a partir dos quarenta anos de idade.

Este tipo de demência causa um impacto econômico, social, familiar e pessoal enorme. É a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, perdendo apenas para doenças cardiovasculares e cânceres. Isso ocorre devido ao aumento do tempo de vida na espécie humana.

Pode ser causada por fatores genéticos, neuroquímicos e ambientais, assim como por infecções no cérebro e medula espinhal.

O componente genético é demonstrado por estudos em famílias, sendo os genes mais relacionados: APOE, APP, PSEN1 e PSEN2. As pesquisas com genes permitem a compreensão dos mecanismos genéticos da doença, e abrem possibilidades para a futura cura da doença.

É possível entender, através dos estudos da neuroquímica, que a diminuição de substâncias através das quais se transmite o impulso nervoso entre os neurônios, como acetilcolina e noradrenalina, pode desencadear a DA. Aspectos ambientais como, exposição e intoxicação por alumínio e manganês, e infecções no cérebro e medula espinhal também são prováveis causadores.

Seus sintomas mais comuns estão ligados à função cognitiva: perda gradual da memória, declínio da funcionalidade, diminuição do senso crítico, desorientação (no tempo e espaço) e dificuldades no aprendizado e na comunicação. O déficit de memória costuma ser o sintoma mais marcante.

Afirma-se que na doença não há apenas um simples declínio da função cognitiva, cuja expressão sugere um processo fisiológico e normal do envelhecimento, mas também um prejuízo na função cognitiva incompatível com a idade. Esse prejuízo pode ser leve, com ligeiras confusões, ou severo, com perdas da noção de orientação e identificação.

Os distúrbios no comportamento são os aspectos angustiantes da doença. Choros e gritos são formas de comunicação, como nos recém-nascidos. Já as alterações relevantes como ansiedade, alucinação, agressividade e agitação psicomotora requerem avaliação e tratamento, podendo levar à hospitalização.

TRATAMENTOS

Biológicos^{10,11}

Fármacos como a tacrina, a rivastigmina, o donezepil e a galantina objetivam controlar sintomas específicos da demência e retardar o declínio. Os psicofármacos como os antipsicóticos, os antidepressivos e os benzodiazepínicos são usados para controlar sintomas como ansiedade, excitação, delírios, alucinação, agressividade e sintomas depressivos.

Psicoterapias e Reabilitação psicossocial^{1,9}

Tem objetivo de socialização, reabilitação de funções perdidas e manutenção da autonomia. As mais indicadas são: reabilitação neuropsicológica, terapias da reminiscência, terapias de validação, terapias de orientação para a realidade e terapias ocupacionais.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Psicoeducação

A psicoeducação objetiva ensinar medidas para o paciente, família e cuidadores relacionadas ao transtorno, tratamento e manejo.

Grupos de auto-ajuda

Os grupos dão suporte aos familiares e aos cuidadores dos portadores de DA.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER^{2,3,4,5,6,7,8,9}

A) PARA OS DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO

Sexualmente inadequados

A perda de senso crítico pode levar aos atos como: masturbação, exposição de genital e retirada de roupa em público. Eles normalmente chocam as pessoas por estarem ligados à sexualidade, uma vez que existem preconceitos e tabus.

Recomendações:

- verificar se o comportamento não decorre de uma necessidade natural como: tirar a roupa porque está incomodando, abaixar a calça para urinar e manipular os genitais para coçar;
- encarar com racionalidade. Distrair com atividades como antecipar a hora do banho e levar para um passeio podem ajudar;
- explicar para pessoas presentes, caso se choquem, que o paciente não tem noção do que faz;
- abordar verbalmente, com firmeza, pode ajudar a extinguir comportamento inadequado repetitivo;
- observar se há carência de contato físico, que afagos e carinhos amenizam;
- usar o método recompensa ou punição como alternativa quando o comportamento impossibilita o convívio social. A estratégia de retirar algo que a pessoa gosta de fazer, na presença de comportamento inadequado, e proporcionar algo que gosta, na presença do adequado, é técnica comportamental de comprovada eficácia;
- usar medicação sob orientação médica quando as medidas anteriores não funcionarem.

Vagância

A vagância consiste em deambular, aparentemente sem motivo, de um lado para outro. É relativamente comum na DA, trazendo riscos de exaustão, quedas e fraturas.

Para pessoas mais comprometidas, usar medidas extras de proteção: piso seguro no chão, porta trancada e material acústico em porta e janela. Deve-se ter um espaço para a pessoa andar à vontade.

Recomendações:

- procurar identificar a causa;
- estimular a independência do andar, dentro do limite fisiológico e da segurança;
- fornecer meios que possibilitem a localização, caso saia para a rua: pulseira de identificação e números de telefones;
- proporcionar exercícios físicos e atividades ocupacionais;
- no caso da vagância noturna, repetir de modo claro que está escuro, é hora de dormir e que precisa descansar;
- adotar medidas que tornem o ato mais aceitável: sapato com sola de borracha, proteção no solo para diminuir o barulho dos passos e distração, como TV, conversa e passeio;
- restringir fisicamente e utilizar os medicamentos prescritos quando o comportamento causa exaustão. A medida de restringir é tomada juntamente com o médico.

Repetição de frases e perguntas.

Esse hábito costuma aparecer em estágios mais avançados da doença. É irritante para quem convive, embora inofensivo.

Recomendações:

- considerar que se a pessoa pergunta é porque tem interesse. Para uma pergunta como “Onde está meu pai?” (já falecido) falar um pouco sobre ele pode satisfazer;
- entreter com atividades;
- demonstrar que está bem e protegida. Complementar com contato físico e carinho costuma ajudar;
- fornecer alguma orientação para determinadas perguntas: Ex: “Que horas são?” Resposta: “É hora de almoçar”, “É hora de tomar banho” e “É hora do remédio”.

Desconfiança

O paciente, em determinados estágios da demência, começa a ter dificuldades de entender o ambiente e as experiências.

É difícil, por exemplo, aceitar que esqueceu onde colocou suas coisas. Aparentemente, explicar que alguém as pegou ou as escondeu protege a auto-estima. Por vezes, reconhece poucas pessoas e as mais próximas tornam-se suspeitas.

Pode julgar que as conversas referem-se a ele, geralmente conspirando para tirar seu dinheiro, poder e influência. A desconfiança diminui com a progressão da doença.

Recomendações:

- não discutir ou tentar explicar racionalmente o desaparecimento de objetos. A pessoa pode sentir-se diminuída;
- procurar sempre uma saída em que não fique em má situação. Distraia ou faça esquecer o incidente;
- concordar que o objeto desapareceu e oferecer-se para procurar, mesmo parecendo perda de tempo;
- tentar identificar os esconderijos favoritos.

B) PARA ASPECTOS RELACIONADOS AO COTIDIANO

Medicação

A medicação precisa ser ministrada com cautela, porque pacientes de faixa etária mais idosa apresentam farmacocinética e farmacodinâmica, que atuam de forma peculiar.

Os sistemas, órgãos e substâncias químicas do organismo (intestino, rins, fígado e a proporção gordura-músculo) estão, ou funcionam, de modo diferente do adulto jovem.

É necessário:

- supervisionar a medicação desde os estágios iniciais da doença;
- observar cuidadosamente efeitos, principalmente, das recém introduzidas;
- observar presença de interações;
- não deixar tomar medicação por conta própria;
- observar efeitos de sedação e hipotensão. Quando presentes, recorrer a medidas de segurança para evitar quedas e fraturas.

Alimentação

A alimentação necessita ser saudável, equilibrada e conter os nutrientes essenciais para equilibrar ingestão e gasto calórico.

A boa alimentação é indispensável na prevenção do emagrecimento, no funcionamento intestinal adequado e na prevenção de complicações como infecções e escaras.

A elaboração do cardápio deve considerar os costumes da família, não se recomendando mudar tudo em função do portador. A adaptação, de preferência com orientação profissional, costuma ser uma boa solução para os envolvidos.

Os alimentos frescos são preferíveis aos industrializados, utilizados apenas em situações especiais.

O paciente com problemas de saúde específicos, como diabetes, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca necessita de acompanhamento profissional. A quantidade de líquidos, sal, gordura e outros ingredientes, deve ser estabelecida.

O modo de mastigar e deglutir, a presença de engasgamento e comportamento durante as refeições, como derrubar utensílios, pegar alimentos de outras pessoas são aspectos que precisam ser observados.

Para portadores que apresentam alguns sinais e sintomas de DA, mas são relativamente independentes, tomar medidas como:

- planejar os horários de alimentação para serem prazerosos;
- servir a alimentação em ambiente de fácil limpeza, com ausência de carpetes e tapetes;
- usar toalhas individuais ou jogos americanos laváveis (por exemplo, plástico resistente) e com cores agradáveis;
- usar prato de borda elevada, de material que não quebre ou lasque. Se necessário, fixar os utensílios na mesa;
- usar xícara provida de canudos que permite sugar os líquidos, quando preciso;
- reduzir talheres: colheres para a sopa e sobremesa, e garfo para a os demais;
- colocar guardanapo ou avental de plástico no pescoço da pessoa;
- oferecer sucessivamente os pratos do cardápio: sopa, prato principal, suco e sobremesa;

- observar consistência e tamanho de alimentos (para evitar engasgar);
- testar a temperatura dos alimentos;
- cortar os alimentos, fora de vista do paciente, para ele não sentir se infantilizado;
- incentivar a independência. Oferecer alimentos que podem ser comidos com as mãos, entre outros: sanduíche, pizza, batata, bolo, milho cozido, pão, cachorro quente e pedaços de peixes;
- fazer o gesto de comer quando observar que tem dificuldade para tal, mas imita gesto;
- oferecer pequenas refeições em intervalos regulares (3 ou 4 horas) quando esquece que comeu;
- colocar o alimento no prato, aos poucos, quando brinca com a comida;
- oferecer pequenos pedaços de alimentos em pratos pequenos, se solicitar comida fora de horários;
- não forçar a comer. A suplementação dietética, sob orientação profissional, costuma resolver a falta de nutrientes;
- oferecer purê, sopa cremosa, gelatina, pudim e alimentos cortados em pequenos pedaços quando há problemas de deglutição;
- proporcionar a refeição junto com outras pessoas, sempre que possível. O comer isolado predispõe aos distúrbios de comportamentos e desnutrição;
- misturar doces, sorvetes, frutas, castanhas e amendoins, que possuem bom valor nutritivo, quando há falta de apetite;
- manter registro diário da ingestão (quantidade e composição).

Para portador acamado que necessite de ajuda:

- não alimentar deitado, devido à possibilidade de aspiração (entrada de alimento nos pulmões);
- colocar sentado com auxílio de travesseiros;
- manter a cabeça elevada. Usar um braço para erguer a cabeça e a mão oposta para oferecer o alimento;
- proteger a cabeceira da cama com plástico;
- oferecer alimentos mais pastosos em vez de mais líquidos;
- preencher a colher com 2/3 da capacidade. Pressionar ligeiramente contra os lábios, avisando que irá receber alimento. Aguardar a deglutição;

- recorrer à mamadeira nas fases terminais. O aspecto positivo é a possibilidade de sentir o sabor do alimento e o caráter menos invasivo, se comparado com uso de sonda naso ou enterogástrica;
- no uso de dietas, respeitar as preferências pessoais;
- oferecer líquidos e medir ingestão. Cerca de 2 litros de líquidos/dia, incluindo o contido na comida deve ser oferecido.

Engasgamento

- não interferir se não houve comprometimento da respiração. Permanecer ao lado até o paciente acalmar;
- tentar remoção do agente, dando tapas nas costas, quando houver comprometimento da respiração;
- executar a Manobra de Heimlich, caso a primeira medida não resolva. Consiste em abraçar a pessoa engasgada por trás, com as mãos na região imediatamente abaixo das costelas (região do estômago) e fazer compressão profunda e rápida.

Higiene e aparência

A boa higiene e aparência ajudam na auto-estima e ajudam manter saúde e conforto.

- estimular (ou proporcionar) pelo menos um banho diário;
- conservar a pele hidratada para evitar *secura* e escara;
- manter cabelo curto para facilitar a higiene;
- conservar a boa higiene bucal com lavagem de prótese, escovação de dentes e passagem de fio dental;
- manter barbeado. O barbeador elétrico possibilita a independência. Não se recomenda instrumento cortante;
- manter unhas curtas, limpas e lixadas. Colocar luvas nas mãos caso adquira hábito de chupar dedos ou colocar em cavidades do corpo;
- observar cuidados com pés: unha aparada, imersão em água morna, massagem com creme e uso de meias de algodão. Essas medidas são indispensáveis em pessoa diabética onde uma pequena ferida pode causar complicações, inclusive gangrena.

Vestimenta

A vestimenta proporciona proteção contra mudanças de temperatura e satisfaz a necessidade de boa apresentação.

- manter apenas vestimentas necessárias;
- dar preferência às roupas amplas, discretas e práticas. O uso de elásticos e velcros no lugar de botões é recomendável;
- adequar padrões e cores ao gosto da pessoa;
- priorizar camisolas para as mulheres e as camisas tipo pólo e gola V, para homens, quando dependentes;
- incentivar a independência no vestir. No caso de precisar de ajuda, oferecer as peças na ordem que são colocadas no corpo;
- colocar calçado que forneça equilíbrio, seja de fácil colocação e que não machuque os pés;
- manter réplica de roupa para quem usa apenas determinado modelo.

Eliminações fisiológicas

As eliminações fisiológicas precisam ser observadas para detecção precoce de quadros de retenção, ou de incontinência de urina e fezes. Ambas as condições precisam ser corrigidas por intervenção médica.

O padrão ideal de evacuação é de uma vez ao dia ou a cada dois dias. O registro das eliminações é recomendado: dia, horário, quantidade e características.

- estimular a urinar com freqüência nas fases iniciais da doença;
- abrir a torneira da pia na presença de dificuldade de micção (o barulho da água ajuda);
- colocar fraldas com gel absorvente se tem incontinência urinária e deambule;
- conduzir ao sanitário em horários preestabelecidos cria rotina de evacuar e previne incontinência fecal;
- sentar a pessoa no vaso sanitário, ficar nas proximidades, conversar, colocar música e garantir ambiente de privacidade ajuda na presença de dificuldades em evacuar;
- providenciar urinol, comadre (mulheres) e papagaio (homens) para pacientes restritos ao leito;
- recorrer ao vaso sanitário portátil em viagens;
- usar uripen (condom ou camisinha de vênus com cateter) em homem com incontinência urinária. Observar alergia;
- colocar fralda e calça plásticas à noite, quando há incontinência urinária e dificuldades para levantar. Observar assadura;

– usar impermeável de borracha (ou gel absorvente) embaixo do lençol do paciente acamado.

Sono e repouso

O repouso e o sono são fundamentais para o bem-estar do organismo. A falta dos mesmos causa distúrbios e pode levar ao estado de exaustão.

- manter rotina em horários de levantar e dormir;
- evitar que durma durante o dia, embora um pequeno período de repouso à tarde seja recomendável;
- usar abordagens de convencimento, quando não quer ir para a cama;
- restringir no leito até que adormeça e medicar, conforme prescrição médica, são as medidas sucessivamente tomadas, quando o convencimento não funciona.

Ocupação e lazer

Manter ocupado e oferecer lazer ajudam a passar o tempo e proporcionam senso de utilidade.

- respeitar preferências e ritmos nas atividades;
- manter acompanhamento de animal de estimação, caso goste (cachorros e gatos são animais particularmente indicados, mas precisam ser dóceis e vacinados);
- manter na companhia de crianças se gostar. Incentivar atividade conjunta;
- oferecer atividades: pintar, modelar, cantar, cuidar de plantas (não podem ser venenosas), assistir à televisão, costurar, fazer tricô, praticar aerodelismo, realizar pequenos consertos, passear, jogar e conversar com amigos e vizinhos.

Comunicação

A comunicação, nos estágios iniciais, é realizada através do verbal, não verbal (gestos e mímicas) e escrita.

Em estágios mais avançados, o paciente capta as nuances da comunicação (tanto verbal quanto não verbal).

Os comportamentos e tons de voz empregados demonstram se quem está se comunicando está calmo, irritado e inseguro.

- interagir de modo tranquilo;
- fazer perguntas, uma vez que a maioria dos portadores consegue respondê-las ou dar indicações, se houver entendimento.

Ambiente

O ambiente deve ser estruturado para proporcionar segurança, conforto e manter comportamentos adequados.

- manter os espaços de modo simples: organizados, limpos, sem objetos que ofereçam perigo e com pertences pessoais;
- observar condições climáticas e ambientais: frio, calor, luz, barulho e ventilação. Observar também as condições que interferem no emocional: presença de sombras, pessoas causando agitação, sensação de vazio e desorganização;
- identificar e sinalizar: cômodo, equipamento e móvel com cores e escrita;
- dar atenção especial a ambientes como a cozinha e o banheiro;
- proteger adequadamente, ou tirar de circulação, eletrodomésticos perigosos como fogão e materiais cortantes, na cozinha;
- tomar as mesmas medidas no banheiro: manter iluminação adequada, piso antiderrapante, chuveiro com aquecimento, barras coloridas de apoio junto ao vaso sanitário e box, e porta que abra por dentro e por fora. Retirar bidês, tapetes e aquecedores à gás;
- evitar manter material tóxico e medicamento perigosos em casa. Quando necessário, conservar fechados à chave.

Atividade física

Os principais objetivos da atividade física são: manter gasto energético adequado, favorecer estado das articulações e circulação, e proporcionar sensações prazerosas.

- proporcionar exercícios compatíveis: caminhada, alongamento e atividade na piscina. Considerar as orientações dos profissionais especializados como médico, educador físico e fisioterapeuta.

Reabilitação

O emprego de técnicas de reabilitação objetiva manter o melhor estado global possível. Alguns exemplos de atividades que podem ser usadas são:

físicas e de ocupação, terapia ambiental e técnicas que estimulam as habilidades cognitivas.

TÉCNICAS PARA HABILIDADES COGNITIVAS^{2,3,7,9}

As técnicas apresentadas a seguir podem ser oferecidas individualmente ou em grupo por profissionais de saúde.

Nos trabalhos em grupos, os participantes são encorajados a estimularem-se positivamente.

• Revisão de vida

A revisão de vida é um processo normal vivido pelo ser humano. No envelhecimento, as lembranças das experiências voltam à consciência, algumas de situações e conflitos não resolvidos.

A teoria de revisão de vida enfatiza a importância de se examinar, elaborar e reintegrar. No idoso, ajuda a diminuir a ansiedade, traz sentimentos de serenidade, orgulho e aceitação da vida mortal.

a) Objetivo

Dar oportunidade à pessoa (ou grupo) de refletir sobre o passado, explorando áreas problemáticas ou perturbadas.

b) Estratégia

Escolher um tema para trabalhar: pode ser a biografia ou determinada passagem da vida.

• Orientação estruturada para a realidade

É indicada principalmente para pessoa com baixo nível de atenção que precisa de estimulação.

O ambiente e uma série de discussões reforçam o contato com a realidade, de modo simples e realista.

a) Objetivo

Orientar o idoso quanto a sua pessoa, tempo e lugar.

b) Estratégias

– usar: calendário, relógio, quadro de paredes, indicando estação do ano e clima e sinais de direção no ambiente;

– enfatizar os acontecimentos da atualidade, estimulando o contato com a realidade durante as aulas.

• **Reminiscência**

A reminiscência costuma ser uma experiência agradável, na qual a pessoa fala sobre sentimentos e significados dos acontecimentos de sua vida, sem qualquer estruturação definida.

a) Objetivo

Treinar a memória e manter clima de interesse.

b) Estratégias

- ler uma notícia importante de um jornal bem antigo. Comentar e lembrar o que acontecia na vida da pessoa na época;
- ouvir uma música antiga. Comentar a respeito. Lembrar as músicas preferidas;
- assistir à reportagem ou ao filme antigo. Conversar a respeito;
- comentar sobre costume, moda, time de futebol, marca de automóvel, bairro e rua dos tempos antigos que foram significativos para a pessoa;
- contar para os outros elementos do grupo sobre algo que saiba fazer bem;
- brincar de contar vantagens.

• **Fixação e estímulo da memória**

A memória é uma das áreas mais prejudicadas na DA, particularmente para fatos recentes. Essa técnica tem o objetivo de estimular o funcionamento da mesma.

a) Objetivo

Treino da memória, procurando fixar dados, informações e fatos.

b) Estratégias

- descrever um mostrador de relógio;
- observar atentamente um objeto (caneta, lápis ou anel), por um minuto;
- prestar atenção aos sons, por um minuto;
- preste atenção aos cheiros, por um minuto;
- testar a textura e gosto de determinado alimento (grão de arroz, bago de uva ou miolo de pão), por um minuto;
- observar o rosto no espelho, por um minuto;

- sugerir funções novas para um objeto, como tampa de caneta;
- ler uma pequena notícia de jornal e contar para outras pessoas;
- em um grupo, contar uma história curta em tom de voz baixo para quem está próximo. Em seguida, solicitar que a pessoa repita o processo com o vizinho. A última pessoa do grupo a ouvir a história deve contá-la em voz alta para todos. O grupo deve comparar a versão original e a final;
- lembrar nomes de animais, cidades e outros elementos.

A QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR³

O cuidador deve ser orientado, pela equipe de enfermagem, a manter rigoroso cuidado com a sua saúde. Ele sofre enorme desgaste físico, mental e emocional ao dar cuidados.

Muitas vezes, precisa cuidar da casa, administrar finanças, acompanhar o dia a dia do portador, acordar no meio da noite e outras tarefas. Nesse contexto, corre o risco de isolar-se e deixar a própria vida de lado.

Essa situação faz aflorar sentimentos e situações típicos da situação de cuidar: culpa, raiva, ansiedade, cansaço, depressão, problemas de sono e mesmo aumento dos gastos financeiros.

Para manter o bem-estar e a qualidade de vida, precisa manter medidas e pensar em alternativas como:

- manter alimentação e repouso adequados;
- conservar interesse em outras atividades que não seja apenas cuidar do paciente;
- criar esquema de revezamento com outras pessoas para possibilitar descanso;
- realizar diariamente atividades de relaxamento;
- participar de grupo de apoio ou de aconselhamento individual;
- contratar cuidador profissional, quando necessário;
- considerar casas de repouso para colocar o portador: analisar condições de conforto e higiene, relação numérica funcionários/pacientes, tipos de atividades oferecidas para os pacientes.

A FAMÍLIA³

A presença de um portador de DA altera a dinâmica familiar. Quando a tarefa de cuidar fica para uma, ou poucas pessoas da família, com pouca colaboração dos demais e exigências de alguns, pode haver inúmeros conflitos familiares.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Algumas recomendações que devem ser fornecidas à família são:

- informar sobre a doença e o tratamento;
- orientar a importância de ambiente calmo, sem brigas e discussões familiares para que o portador possa ser bem assistido;
- sugerir a melhor divisão possível de tarefas e responsabilidades, quando a família encontra dificuldade nesse aspecto;
- aconselhar ter sempre à mão telefones úteis como: médicos, ambulância, resgate, corpo de bombeiros, parentes e amigos (Alguns aparelhos telefônicos têm memória através dos quais as ligações são acionadas por toque, o que ajuda em casos emergenciais).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stoppe Jr A. Depressão. In: Terapêutica do idoso: Manual da Liga do Gama. Jacob Filho, W (org). São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2003.
2. Gierl BL, Frankel R, Borden W. Psiquiatria geriátrica. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. Stevens GL, Friedman SD, Baldwin BA. Enfermagem gerontopsiquiátrica. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
4. Mello IM, Igue C. A internação do paciente psiquiátrico idoso: uma experiência de equipe de enfermagem. In: Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v. 1, n. 4, fev/mar/abr 1998, pg. 18-22.
5. Cruz CA, Lino MA. Principais transtornos mentais do indivíduo idoso. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
6. Taylor CM. Populações em risco: os idosos. In: Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
7. Holzapfel SK. The elderly. In: Varcarolis AM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
8. Grau L. Psychiatric mental health nursing with the elderly. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.
9. Sharma T, Gierl B. Demência. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
10. Forlenza, OV. Tratamento farmacológico da doença de alzheimer. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica, v. 32, n. 3, 2005.
11. Almeida JRC, Alves TCTF. Psicofarmacologia no paciente idoso. In: Teng CT, Demetrio. Psicofarmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.

25

A mulher

CONCEITO

A mulher é o ser humano capaz de conceber e dar a luz a outros seres humanos, diferenciando-se do homem, principalmente por essa característica.¹

Em concepção mais ampla, o conceito de mulher refere-se ao gênero e ao papel sociocultural. A entrada maciça da mulher no mercado de trabalho em diversos países foi fenômeno que alterou antigos padrões familiares e impôs mudanças nos estilos de vida.

A necessidade de aderir a novos papéis a expôs às condições de riscos, como práticas prejudiciais à saúde (tabagismo, álcool e outras drogas) e condições ambientais adversas e estresse.²

Nesse novo contexto, houve o aumento do interesse social pela sua saúde. Seus aspectos biológicos e psicossociais passaram a ser estudados, da concepção à morte. Apareceu, de modo intensivo, o estímulo para cuidar da própria saúde, em ações de auto-cuidado.³

Muitos problemas clínicos e transtornos mentais têm apresentação diferente nos sexos feminino e masculino. Estudos epidemiológicos realizados pelo *Global Burden Disease*, da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram diferenças na incidência, prevalência, curso, apresentação clínica e resposta terapêutica dos transtornos mentais em gêneros.⁴

CICLO REPRODUTIVO E TRANSTORNO MENTAL^{5,6,7}

A mulher apresenta-se vulnerável aos transtornos mentais durante a fase reprodutiva, principalmente em relação aos quadros de ansiedade e

depressão. O suicídio é a segunda causa de morte na faixa dos 15 aos 44 anos, em termos globais.

Existem evidências de que os hormônios sexuais desempenham papel importante no humor, uma vez que os períodos, pré-menstrual, puerpério e menopausa, assim como a utilização de contraceptivo oral e a terapia de reposição hormonal são riscos para o aparecimento da depressão. Outras possíveis explicações para a maior incidência da depressão em mulheres são: maior pressão social, forma de lidar com problemas e procurar soluções, estresse crônico e baixo nível de satisfação associado ao desempenho de papéis tradicionalmente considerados femininos.³

Os transtornos de ansiedade acometem mais o sexo feminino, principalmente fobias de escuro, de animais e de lugares fechados.

A mulher portadora de diabetes tipo I tem chance 30% maior de desenvolver transtornos alimentares. Esses distúrbios são responsáveis por problemas como retardo no desenvolvimento, infertilidade, osteoporose e morte. A anorexia e a bulimia nervosa têm taxas de morbidade e mortalidade dez vezes maiores que em homens.

• **Disforia menstrual⁵**

A disforia pré-menstrual é caracterizada por quatro itens obrigatórios: humor depressivo, ansiedade ou tensão, labilidade afetiva e irritabilidade durante o período perimenstrual, ou seja, semana que antecede a menstruação até poucos dias após o início.

Não se sabe a causa, mas evidencia-se componente biológico, pois na supressão temporária da atividade hormonal dos ovários e menopausa cirúrgica os sintomas melhoram ou desaparecem.

O problema causa impacto na vida de algumas mulheres devido ao sofrimento e conseqüente perda em dias de trabalho, estudo e atividades sociais.

• **Transtornos associados à gestação e puerpério^{5,7}**

Nos períodos de gestação e puerpério algumas mulheres apresentam transtornos mentais, sendo estreito o limiar entre fisiológico e patológico, gerando questionamentos nos profissionais de saúde.

Muitas delas sentem tristeza e ansiedade, em vez de alegria, em gestações planejadas ou aceitas, com sentimentos de culpa e não aceitação do fato de estarem com transtornos mentais, prejudicando a aderência ao tratamento.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Algumas hipóteses tentam explicar os transtornos:

- são manifestações de transtornos prévios que não foram adequadamente tratados;
- gestação e puerpério são fatores protetores ou de risco para desencadear transtornos mentais;
- alterações hormonais que ocorrem no período e estão envolvidas nas causas.

Sabe-se que os riscos para apresentar transtornos na gestação e puerpério estão associados a:

- fatores biológicos e psicossociais;
- eventos adversos na gestação e parto;
- falta de suportes familiar e social;
- mau relacionamento com o companheiro;
- gravidez indesejada.

Os quadros que ocorrem no referido período são o *maternity blues*, a depressão e a psicose.

Maternity blue (tristeza do pós-parto): caracteriza-se por crises de choro. É a mais leve alteração do humor, ocorre no puerpério e relaciona-se às variações hormonais.

Depressão pós-parto: caracteriza-se por sintomas semelhantes aos de outras formas de depressão, mais sentimentos de culpa e desinteresse pela criança, o que prejudica a relação mãe-filho. Atinge de 10% a 15% das puerpéras nos países ocidentais desenvolvidos. A maioria dos casos resolve-se em até seis meses de forma espontânea.

Psicose puerperal: caracteriza-se por sintomas depressivos ou maníacos associados aos psicóticos. Normalmente, inicia-se dias após o parto. É pouco freqüente, mas quando surge causa graves prejuízos à mulher, vida familiar e relação mãe-filho. As alucinações auditivas, que podem estar presentes no quadro, às vezes, ordenam mortes da mãe e da criança.

• Transtornos relacionados à perimenopausa e menopausa⁶

A menopausa é um processo normal do envelhecimento caracterizada por falência definitiva da função ovariana, após um ano de amenorréia. Ocorre em torno dos 51 anos de vida.

Associa-se ao risco de osteoporose, problemas cardiovasculares e alterações no humor.

A perimenopausa, período que precede a interrupção dos ciclos menstruais, que dura em média de 2 a 8 anos, é caracterizada pela diminuição progressiva e perda da função folicular ovariana. Costuma iniciar logo após os 45 anos de idade com ciclos menstruais irregulares, amenorréias e sangramentos freqüentes.

Os principais sintomas costumam ser sintomas físicos como atrofia urogenital, ressecamento e desconforto vaginais, sintomas depressivos, vasomotores e de insônia.

TRATAMENTOS

• Disforia menstrual⁵

Biológicos

Existem alternativas como: psicofarmacoterapia, terapias hormonais e outras modalidades de fármacos.

Psicoterapias

As psicoterapias de apoio costumam ser úteis.

Psicoeducação

É um recurso útil por esclarecer mecanismos fisiológicos e modos de enfrentar o período.

• Transtornos ligados à gestação e puerpério^{5,7,8}

Biológicos

A psicofarmacoterapia é utilizada, considerando o transtorno mental de base. Na gestação, é utilizada quando o risco potencial para a saúde do feto é menor que o risco da doença não tratada para a mãe e o feto. No puerpério, considera-se a decisão de amamentar, pois fármacos passam da mãe para a criança pelo leite, sendo não recomendados.

Tratamentos biológicos como Eletroconvulsoterapia (ECT) e Estimulação Magnética Transcraniana (MT) também são considerados.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Psicoterapias

As psicoterapias costumam ser úteis. Suas modalidades variam em função do quadro de base.

Psicoeducação

É um recurso útil por esclarecer mecanismos fisiológicos e modos de enfrentar o período.

• Perimenopausa e menopausa⁶

Biológicos

As opções costumam ser: terapia de reposição hormonal, antidepressivos, agentes hipnóticos sedativo e recursos da medicina alternativa.

Psicológicos

As psicoterapias de apoio costumam ser úteis, particularmente a Terapia Comportamental Cognitiva (TCC).

Psicoeducação

É um recurso útil por esclarecer os mecanismos fisiológicos e modos de enfrentar o período.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{3,5}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|---|
| Presença de sintomas de irritabilidade, tristeza, ansiedade e instabilidade de humor na disforia menstrual | – Dar suporte emocional. – Usar técnica de relaxamento. – Aplicar “Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente”. |
| Presença de sintomas do transtorno mental de base (depressão, psicose) | – Na depressão, promover o aumento da auto-estima, trabalhando a percepção de que é incapaz de cuidar do bebê. – Nos quadros psicóticos, observar comportamento da mãe em relação à criança, atentando para possibilidade de agressão devido ao delírio e alucinações. |

| | |
|--|--|
| Atividades de vida diária prejudicadas nos transtornos relacionados a gestação e puerpério | <ul style="list-style-type: none"> – Fazer um levantamento das atividades da vida diária que estão comprometidas. – Realizar, estimular ou fazer pela paciente. |
| Presença de agitação ou comportamentos de risco para a gestante e criança durante a gestação | <ul style="list-style-type: none"> – Observar comportamento agitado. – Tomar medidas para proteger a integridade física da mãe e da criança. |
| Uso de psicofármaco nos transtornos relacionados à gestação e puerpério | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar sobre psicofármacos: indicações, efeitos colaterais e outros. – Para a puérpera, orientar que a decisão de amamentar precisa ser criteriosamente avaliada, de acordo com psicofármacos que ingere. |
| Aspectos físicos característicos do estado puerperal | <ul style="list-style-type: none"> – Observar e supervisionar higiene íntima, estado das mamas e características da secreção vaginal. |
| Relacionamento mãe-filho | <ul style="list-style-type: none"> – Estimular o contato com o bebê. – Iniciar as interações de modo cuidadoso, observando as reações da mãe em relação à criança. Os contatos iniciais preferencialmente devem ocorrer na presença de terceiros. – Em pacientes melhoradas, estimular e supervisionar os cuidados com a criança. |
| Problemas de sono em qualquer um dos transtornos | <ul style="list-style-type: none"> – Ensinar medidas da higiene de sono. |

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER^{9,10}

Violência pode ser definida como “uso intencional de força física ou poder, em forma de ameaças ou de atos, contra si, outro, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma grande probabilidade de resultar em lesão, dano psicológico, prejuízo do desenvolvimento, privação ou morte”. Especificamente em relação à mulher, pode ser entendida como “qualquer ato de violência com base no gênero que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em danos ou sofrimentos físico, sexual ou psicológico da mulher”, conforme definição da OMS.

Esse fenômeno prejudica a saúde mental e reprodutiva da mulher, desencadeia pior qualidade de vida, mais procura por serviços de saúde e maior exposição aos comportamentos de risco como: sexo desprotegido,

tabagismo, abuso de álcool e outras drogas. Também constitui risco para aparecimento de problemas como cardiovasculares, infecções, câncer, gravidez indesejada e suicídio.^{8,9}

A violência pode apresentar-se de diferentes formas:

- aborto seletivo, selecionando o sexo;
- infanticídio feminino, em algumas culturas;
- acesso diferencial à comida e cuidados médicos;
- iniciação sexual forçada;
- mutilação genital;
- estupro sistemático (durante guerras e conflitos sociais e étnicos);
- tráfico ou manutenção em cativeiro com finalidade de servidão;
- prostituição forçada;
- violência urbana.

A forma mais comum de violência é de pessoas próximas, às vezes da família, contra meninas, mulheres adultas (inclusive durante a gravidez) e mulheres de terceira idade.

A exposição aos atos de violência durante a infância, como negligência, privação e ambiente doméstico violento, causa impacto, pode prejudicar o desenvolvimento e resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais, que costumam aparecer mais tarde e estender-se por longo tempo após ter cessado. Há evidências de efeito cumulativo diante da exposição constante da violência.

FORMAS DE VIOLÊNCIA

• Do companheiro (doméstica)^{9,10}

Uma forma de violência que causa preocupação é a perpetrada pelo parceiro, a “violência doméstica”. Ela pode ser por empurrões, tapas, sexo forçado, ameaça com armas e homicídio. Costuma ser com intimidação, humilhação, restrição financeira e proibição em engajamentos sociais, familiares e ocupacionais. O envolvimento emocional e a dependência econômica da vítima em relação ao agressor são características dessa situação.

Os transtornos mentais, situações e problemas clínicos mais estudados e relacionados ao fenômeno dessa modalidade de violência são:

- transtornos de ansiedade alimentar e do humor, fase depressão;
- doenças físicas de componente psicossomático, como síndrome do intestino irritável, fibromialgia e dor crônica;
- disfunções como dispareunia e vaginismo, e transtornos do desejo e da excitação sexual;
- comportamentos de mutilação, abuso de substâncias e tentativa de suicídio;
- agravos à saúde reprodutiva como infertilidade, gravidez indesejada e Aids.

Intervenção de enfermagem

O enfermeiro psiquiátrico e de saúde que atende uma mulher com história de relacionamento conjugal disfuncional e quadro caracterizado por lesões físicas e sintomas de estresse pós-traumático deve pensar na possibilidade da mesma estar sofrendo violência doméstica.

Nessa situação, é necessário identificar aspectos da vida do casal:

- perguntar sobre a presença de atos de violência na relação;
- explorar os mecanismos usados na resolução de problemas, conflitos e situações no cotidiano do casal;
- detectar presença de ciúme excessivo do parceiro ou controle do comportamento da mulher;
- investigar se o parceiro possui valores do tipo: “mulher deve fazer o que eu mando” e “mulher é para ficar apenas em casa”.

Caracterizado o fenômeno de violência doméstica contra a mulher, deve-se tomar medidas como:

- orientá-la sobre os riscos para sua saúde física e mental;
- alertá-la para riscos de lesões físicas, seqüelas emocionais e apresentação de problemas sociais decorrentes da manutenção da relação;
- orientá-la sobre o risco de vida da mulher e de outras pessoas envolvidas na relação, como exemplo, os filhos;
- ajudá-la a identificar o porquê da mesma permanecer na relação e se há vontade de rompê-la;
- ajudá-la a pensar em alternativas para a solução do problema;
- mandá-la para serviços assistenciais. No Brasil, atualmente, a melhor opção é o encaminhamento para as “Delegacias de Defesa das Mulheres”

(DDMs), que existem em vários municípios com a missão de proteger mulheres em situação de risco para violência e tomar medidas cabíveis.

• Estupro^{9,10}

É definido como participação forçada em ato sexual, geralmente de modo violento. Suas motivações podem ser: degradação e humilhação da vítima, e gratificação dos desejos sexuais do agressor.

A vítima costuma apresentar uma gama de comportamentos e sentimentos: agitação, desorganização, culpa, ansiedade, depressão, medo, perda da auto-estima, presença de pensamentos recorrentes sobre o trauma, dissociação e negação.

Intervenção de enfermagem

O enfermeiro psiquiátrico e de saúde que atende uma mulher vítima de estupro deve seguir as etapas:

- abordá-la com extrema gentileza;
- solicitar seu consentimento para dar a assistência, explicando todos os procedimentos;
- obter detalhes do ataque;
- dar-lhe suporte emocional;
- informá-la sobre os efeitos psicológicos do estupro a médio e longo prazo;
- cuidar dos seus ferimentos, de acordo com protocolos ou prescrição médica;
- encaminhá-la para realização das profilaxias, da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis;
- usar a abordagem “Intervenção em Crise”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
3. Lee H. Psychiatric mental health nursing with women. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.

4. Andrade LHG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. In: Revista de Psiquiatria Clínica, v. 32, n. 2, 2006.
5. Selden A, Shaughnessy R. Condições especiais às mulheres. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
6. Soares CN. Insônia na menopausa e perimenopausa: características e opções terapêuticas. In: Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, n. 8, 2006.
7. Lazzarini LL. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno mental no puerpério. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
8. Tess VLC. Psicofarmacologia na gestação e lactação. In: Teng CT, Demetrio FN. Psicofarmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.
9. Smith-Dijulio K, Holzapfel SK. Families in crisis: family violence. In: Varcariolis AM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
10. Parker B, Campbell JC. Atendimento a sobreviventes de abuso e violência. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.

26

A família

CONCEITO

A família é considerada a instituição social mais elementar e importante que existe. Costuma ser entendida como um grupo formado por duas ou mais pessoas, relacionadas por sangue ou vínculos legais como casamento ou adoção, e caracterizada por afiliação relativamente permanente, com história e futuro.^{1,2,3,4}

Atualmente, alguns grupos se identificam como família, embora não ligados por laços legais ou de sangue. Os seus elementos permanecem juntos apenas por determinado período de tempo.

Os estudiosos do tema definiram dois tipos básicos de família: a extensa e a nuclear.

A família extensa é encontrada nas sociedades não industrializadas com várias gerações, vivendo juntas. A família nuclear é encontrada nas sociedades industrializadas com apenas duas gerações, pais e filhos, vivendo juntas.

Essa instituição tem o objetivo básico de proporcionar desenvolvimento de seus membros. Suas finalidades são: proporcionar espaço para a atividade sexual e reprodutiva, e prover proteção, educação, socialização, recreação e *status*.

A família que atua de modo funcional lida com seus problemas de forma produtiva com padrões de comportamento como:

- coloca as necessidades emocionais, físicas e sociais de seus membros acima de preocupações como patrimônio e *status*;

- reconhece, valoriza e concilia as diferenças de seus membros;
- realiza mudanças em razão de situações que surgem dentro ou fora do sistema familiar, de modo flexível e ajustado, para manter a estabilidade;
- busca e usa informações de fontes externas, mantendo autonomia;
- toma e leva adiante decisões, considerando os objetivos, experiências e idades de seus membros.

A família que atua de modo disfuncional tem problemas não resolvidos e sinais de estresse em seus integrantes. As situações mais comuns são:

- mãe super protetora e pai ausente por trabalho, alcoolismo e outros;
- cônjuge superprotetor ao lado de cônjuge passivo, este último com funcionamento abaixo do esperado;
- falta de uma figura parenteral que coloque limites nos filhos;
- membro(s) abusando de drogas;
- comportamentos de abuso físico, emocional e sexual entre membros.

A família, na área da saúde mental, costuma ser visualizada como um sistema. O seu equilíbrio é mantido até que a presença de comportamento disfuncional de um ou mais membros, situação de doença e outras situações estressantes desestabilizam o grupo.

Uma família, em determinado período, pode ser funcional e, em outro, disfuncional. Raramente são encontradas famílias que permanecem durante todo o tempo em apenas um dos extremos.^{1,2,3,4}

INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS

Em alguns países ocidentais, até passado bem recente, as intervenções familiares costumavam ser feitas pelo próprio médico da família e pela enfermeira de saúde pública, que, por conhecerem sua clientela, ao darem atendimento nos vários aspectos relacionados à saúde, acabavam ajudando na solução de outros problemas.

As famílias podem passar por situações bastante difíceis como exemplos de violência intra grupal e de angústia pela presença de membros portadores de transtornos mentais. Ambas as situações podem ser ajudadas por profissionais de saúde mental.^{5,6,7,8}

Quando surge um transtorno mental em um dos membros da família, ao longo do tempo, a mesma percorre as seguintes etapas:

- surge sentimentos de incerteza e perplexidade diante da situação antes do diagnóstico;
- há compartilhamento de sofrimento entre todos os membros da família antes, durante e após o diagnóstico;
- acontece a aceitação da situação com o passar do tempo;
- ocorre reavaliação de valores e da percepção da doença mental.

Algumas intervenções realizadas em unidades de saúde mental são: orientação, psicoeducação e terapia familiar.

A orientação e a psicoeducação são funções de profissionais da saúde mental. A terapia familiar pode ser proporcionada apenas por profissional com capacitação formal.

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

A orientação familiar é uma intervenção feita em diversos níveis de aprofundamento, de acordo com o grau de preparo e conhecimento de cada profissional. O importante é que ele perceba o grupo familiar como um sistema, vivendo o enfrentamento da doença mental. Deve saber identificar os papéis desempenhados pelos membros da família, se está funcional e quais funções estão mantidas.

Estudos realizados com pacientes portadores de transtornos mentais mostram a importância da orientação feita pela equipe de enfermagem diante das inúmeras dificuldades relatadas pelas famílias.^{6,7,8}

Durante a orientação familiar é pertinente abordar temas como o transtorno, tratamento, recursos da unidade de saúde e importância do suporte familiar.

Alguns passos para o enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental trabalhar com as famílias são: ^{4,5,6,7,8}

- Obter a cooperação familiar

Após um primeiro contato positivo, realizar um contrato de trabalhar cooperativamente, objetivando ajudar o paciente e os membros da família.

- Estabelecer um sistema de comunicação

Estabelecer um sistema de comunicação que possibilite troca de informações.

- Propor ajudar na solução de problemas

Fazer um levantamento dos problemas, propondo-se a ajudar nas soluções, através de análise dos fatos e alternativas.

- Orientar sobre saúde e o sistema de saúde

Orientar sobre o transtorno do paciente e possibilidades terapêuticas. Orientar sobre o funcionamento do sistema de saúde.

- Ajudar a família a atender a própria necessidade de saúde e acessar o sistema de saúde

Orientar sobre a necessidade dos membros da família não descuidarem das respectivas saúdes, necessidades e direitos de cidadania.

- Oferecer suporte nos momentos de crise

Mostrar disponibilidade e atuar como suporte nos momentos de crise.

PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR

A psicoeducação tem o objetivo de fornecer à família capacitação formal e básica relacionada à situação de ter um membro portador de transtorno mental. Objetiva esclarecer aspectos como o transtorno mental, tratamento e manejo.

TERAPIA FAMILIAR^{1,2,5}

A terapia familiar é realizada por profissional com capacitação formal. Embasa-se no princípio de que o tratamento do paciente é mais eficaz quando suas necessidades são atendidas no contexto familiar.

Seus objetivos são: dar melhores condições de enfrentamento ao paciente e seus familiares diante das dificuldades e fortalecer valores e identidade familiar.

O terapeuta familiar deve observar o processo interativo da família, trazer ao nível da consciência grupal e ajudar nas mudanças desejadas pela família.

As situações abaixo indicam a necessidade de uma terapia familiar:

- o problema está no sistema familiar: conflitos entre gerações, irmãos e cônjuges;
- há dificuldades e conflitos entre o paciente e os demais membros da família;

- a família encontra-se em estágio de transição do ciclo de vida familiar: início de casamento, nascimento de filho, chegada de filho à adolescência, saída de filho de casa, aposentadoria e morte do cônjuge;
- a terapia individual de um membro resulta no desenvolvimento de sintomas em outro(s);
- não há melhora do paciente com a terapia individual e ampliar o atendimento pode ser útil;
- o paciente usa as sessões da terapia para falar não elaborando sua própria terapia.

MODELO PARA ESTUDO DE CASO DE FAMÍLIA⁹

A seguir há um modelo de estudo de caso de família que foi elaborado para curso de especialização em enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Trata-se de um roteiro que engloba aspectos que ajudam na compreensão da dinâmica familiar. Deve ser aplicado após aquisição de um embasamento teórico e prático: ⁹

– A família consegue suprir as funções que normalmente se espera: manutenção física, proteção, educação, socialização, recreação, oferecimento de afeto e regulação da atividade sexual?

– Em que tipo de família você enquadraria a família atendida: funcional ou disfuncional? Explique?

– Faça um genetograma familiar, incluindo as gerações mais próximas.

– Em sua percepção, a família necessita de orientações da equipe de enfermagem? Quais?

– Em sua percepção, a família necessita de Terapia Familiar? Justifique.

– Faça um plano de atendimento familiar, levando em consideração os seguintes aspectos:

- A família é visualizada pela equipe de saúde como parte do problema ou da solução para o paciente?
- Quais membros da família foram eleitos cuidadores do paciente? Por quê?
- A família precisa de informações sobre o transtorno do paciente? Quais?

- A família precisa aprender a reconhecer e lidar com os sentimentos que o transtorno do paciente e os seus cuidados trouxeram?
- A família precisa de suporte de outros grupos sociais da comunidade? Em sua percepção, quais suportes seriam necessários?
- A família tem condições de ajudar a elaborar e manter um programa de cuidados para o paciente?
- A família tem condições de ajudar a elaborar e manter um programa para ela mesma?
- A família se beneficiaria de um aprendizado sobre comunicação adequada e solução de problemas?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor CM. Família e intervenção. In: Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
2. Elme PE. Intervenções familiares. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
3. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
4. Arlington A, Glinn S, Libermabam R, Baker T. Involving families in mental health services: competences for mental health workers. Los Angeles: Humam Interaction Research Institute, 1997.
5. Smith-Dijulio K, Holzapf SK. Families in crises: family violence. In: Varcarolis AM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
6. Pinto LL, Teixeira MB. Dificuldades sentidas por familiares de paciente com transtorno afetivo bipolar. In: Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v. 1, n. 2, 1998, pg. 14-16.
7. Fukuda IMK. O convívio com paciente esquizofrênico [tese]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1989.
8. Colvero LA. Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado [tese]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2002.
9. Mello IM. Roteiro para atendimento da família de portadores de transtorno mental para alunos do Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental. São Paulo, Divisão de Enfermagem do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, 2000.

27

Transtornos do pensamento (esquizofrenia)

O CONCEITO

A esquizofrenia é um transtorno mental que se inicia, geralmente, no fim da adolescência ou início da idade adulta.

É caracterizada pela presença de sintomas psicóticos: delírios, alucinações, desorganização do pensamento, além de discurso e comportamento inapropriados. Apresenta curso e padrão que variam consideravelmente. A sua prevalência na população geral é de aproximadamente 1%.

O período prodrômico da esquizofrenia, também conhecido como “da doença não-tratada”, aparece antes do transtorno propriamente dito, caracterizado por deficiência nas funções pessoais e sociais, de difícil percepção pela família e duração média de 2 a 5 anos.

O começo da esquizofrenia aguda, que sucede o período prodrômico, costuma conter os sintomas positivos que são agrupados em positivos, negativos e desorganizados: ^{1,2,3,4}

Positivos: de influência persecutória.

Negativos: estreitamento e redução das expressões emocionais, diminuições na produtividade do pensamento e da fala, retraimento social e diminuição dos comportamentos direcionados a metas, tais como monotonia afetiva, alogia, anedonia e avolição.

Desorganizados: desorganização do pensamento e do comportamento, tais como agitação, aparência bizarra, catatonia.

A esquizofrenia representa grande carga para a pessoa, reduzindo consideravelmente sua qualidade de vida devido aos prejuízos nas fun-

ções ocupacionais, sociais e pessoais. A família e o grupo social também costumam sofrer com a situação.

Algumas situações e problemas médicos encontrados, com certa frequência, em portadores de esquizofrenia são: elevada taxa de mortalidade (principalmente suicídio), doenças cardiovasculares, respiratórias e infecciosas, acidentes, traumas e abuso de drogas.^{1,2,3,4}

OS SUBTIPOS

A esquizofrenia é categorizada por subtipos, considerando os sintomas predominantes:

(1) Subtipo catatônico: presença de sintomas característicos, como por exemplo catatonia;

(2) Subtipo desorganizado: presença de discurso e comportamento desorganizados, com afeto embotado ou inapropriado;

(3) Subtipo paranóide: presença de sintomas como ilusão, alucinações auditivas e delírio persecutório;

(4) Subtipo indiferenciado: há predominância de um tipo de sintoma;

(5) Subtipo esquizofrenia simples: de curso constante, com ausência de sintomas positivos e predominância de sintomas negativos.^{1,2,3,4}

ETIOLOGIA

A esquizofrenia tem etiologia complexa. Vários estudos mostram a importância de fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais na sua etiologia.

Os fatores genéticos são apenas partes do risco de desenvolver esquizofrenia.

A hipótese atualmente mais aceita para explicar a esquizofrenia é o “Modelo Vulnerabilidade-Estresse-Superação” que propõe que os sintomas da esquizofrenia dependem da presença de estressores ambientais e mecanismos falhos de enfrentamento.

Outra hipótese, a do “Neurodesenvolvimento”, propõe que a esquizofrenia é determinada por um distúrbio do desenvolvimento cerebral durante os períodos pré e perinatal. A natureza da alteração cerebral e sua patogênese ainda não estão bem definidas.^{1,2,3,4}

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

DIAGNÓSTICO

O psiquiatra, diante de um quadro que leva à hipótese diagnóstica de esquizofrenia, analisa as circunstâncias clínicas e psicossociais e realiza extensa investigação através de exames como: hemograma, dosagens de eletrólitos, glicose e lípidios sanguíneos, teste das funções hepática, renal e tireoideana, sorologias para HIV, hepatite e sífilis e triagem toxicológica na urina para avaliar o uso recente de drogas.

Pode recorrer à tomografia computadorizada e à ressonância magnética para diferenciar entre a esquizofrenia e um quadro cerebral orgânico.

Confirmado o diagnóstico, ele elabora um plano de tratamento com estratégias e metas que variam, de acordo com a fase e a gravidade da doença.^{1,2,3,4}

EQUIPE DE TRATAMENTO

Os estudiosos desse transtorno mental recomendam que o atendimento dos pacientes seja realizado em equipe multidisciplinar devido a sua complexidade, pois uma abordagem dessa natureza possibilita:

- reduzir a freqüência, duração e gravidade dos episódios;
- diminuir a taxa de morbidade e mortalidade;
- melhorar os aspectos psicossociais, independência e qualidade de vida do portador.

Os profissionais envolvidos no tratamento devem conhecer bem os fatores que exercem influência na recuperação dos pacientes, enquanto os portadores, quando possível, devem entender os objetivos e recursos do tratamento.

A cooperação entre profissionais de saúde, organizações, familiares, associações de familiares e de grupos de auto-ajuda são importantes nas estratégias de tratar esse grave problema de saúde. As associações que têm dado suporte aos portadores de esquizofrenia e seus familiares objetivam extinguir o estigma e o preconceito dos quais os mesmos são vítimas, com programas específicos.

A facilidade de acesso dos portadores no sistema de saúde é indispensável.

Os fatores preditivos de uma melhor evolução do transtorno são: início tardio, gênero feminino, estado civil casado, personalidade pré-mórbida

sociável, bom ajuste e funcionamento pré-mórbido, quociente intelectual (QI) mais elevado, presença de fator desencadeante, início agudo, predominância de sintomas afetivos ou positivos, ausência de desorganização ou sintomas negativos na fase inicial, menor número de episódios prévios, ausência de história familiar de esquizofrenia e baixo nível de emoções expressas na família.^{1,2,3,4}

FORMA DIDÁTICA DE EXPLICAR A ESQUIZOFRENIA⁵

Presença de distúrbios no pensamento e dificuldade de comunicação

A pessoa tem dificuldade de organizar o pensamento. Não consegue conectar as frases e, às vezes, até as palavras de modo lógico. Sua fala pode ser incompreensível. Nem sempre mantém a atenção focada no assunto. Por essas dificuldades, ela não consegue manter diálogos adequados.

Presença de alucinações

A pessoa pode apresentar vários tipos de alucinações. As mais comuns são as auditivas, em que ela ouve vozes que outros não escutam, comentando seu comportamento e dialogando entre elas. Na presença de alucinações visuais, vê objetos que não existem. Na olfativa, sente cheiros que não estão no ambiente. Na gustativa, experimenta gostos estranhos. Na tátil, sente contatos no corpo. Esses fenômenos são vivenciados como estranhos e, às vezes, são assustadores.

Presença de delírios

A pessoa pode apresentar delírios. Os mais comuns são os de perseguição e grandeza. Na presença de um delírio de perseguição, julga, por exemplo, sem evidências contrárias, que seus vizinhos querem lhe fazer mal ou que o aparelho de televisão exerce controle sobre seu comportamento. Na presença do delírio de grandeza, pode ter uma noção grandiosa sobre si ou julgar que está no mundo para realizar uma grande missão.

Forma de expressar as emoções

A pessoa manifesta as emoções de forma incomum, conhecida como "afeto embotado ou inadequado". O afeto é considerado inadequado quando a pessoa sente uma emoção, mas mostra outra, como exemplo,

contar que a mãe morreu e ri da situação. O afeto é considerado embotado quando a pessoa passa a impressão de que não tem sentimentos, pois não consegue expressar as emoções. Nesse caso, fala em tom monótono e não apresenta expressão facial.

Percepção diferente da realidade

A pessoa, devido aos fatores expostos anteriormente, vivencia a realidade de modo diferente das outras. “Ela não vive em outro mundo, mas existem aspectos da sua realidade que não tem base real e nem são compartilhados por outros seres humanos”.

TRATAMENTOS

Biológicos⁶

A psicofarmacoterapia é o tratamento de primeira escolha na esquizofrenia, sendo os antipsicóticos os medicamentos indicados.

A ECT pode ser utilizada, principalmente em casos de catatonia.

Psicoterapias^{7,8,9,10}

As psicoterapias são indicadas como tratamentos coadjuvantes da psicofarmacoterapia. Seus objetivos principais são o alívio do estresse causado pela doença, a redução dos sintomas e a promoção da capacidade de comunicação e de enfrentamento do paciente.

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), os aconselhamentos, individual e familiar, e as terapias de apoio são úteis.

Reabilitação psicossocial

A Reabilitação psicossocial é altamente indicada para portadores de esquizofrenia que podem apresentar prejuízos das habilidades em diversas áreas da vida.

Psicoeducação

O paciente e a família beneficiam-se dessa abordagem que objetiva ensinar sobre o transtorno, o tratamento, o manejo, o enfrentamento de estresse e a prevenção de recaídas.

Grupos de auto-ajuda

No Brasil, existem grupos de auto-ajuda para fornecer suporte ao paciente e família.

PROBLEMAS QUE PODEM SURTIR DURANTE O TRATAMENTO^{1,2}

Obesidade

Pacientes com esquizofrenia apresentam mais sobrepeso e obesidade que a população em geral, devido ao uso de antipsicóticos e estilo de vida inadequado (sedentarismo, uso do tabaco, alimentação pouco saudável e pouca atividade física). Esses fatores aumentam a morbidade e mortalidade, principalmente por problemas cardiovasculares.

Diabetes

Existem evidências de que pacientes esquizofrênicos apresentam mais Diabetes tipo II, devido à obesidade e ao uso da medicação.

Hiperlipidemia (aumento de triglicérides)

Estudos mostram que os usuários de antipsicóticos de nova geração (Olanzapina e Clozapina) e da Clorpromazina têm elevação maior de triglicérides.

A alta taxa de triglicérides e o colesterol aumentado predis põem às doenças cardíacas (isquêmica e o infarto do miocárdio).

Hiperprolactinemia e disfunção sexual

A hiperprolactinemia causada por antipsicóticos típicos pode ocasionar galactorréia, distúrbios menstruais e sexuais em mulheres. Ela também provoca galactorréia, ginecomastia, disfunção reprodutiva e sexual em homens.

Efeitos cardiovasculares

Em graus variáveis os antipsicóticos podem causar problemas cardíacos. Eles podem provocar hipotensão e hipotensão ortostática e taquicardia, que são relevantes em pacientes com doenças cardíacas preexistentes.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Efeitos hematológicos

A Clozapina pode provocar leucopenia benigna e agranulocitose.

O risco é maior nos primeiros 6 meses de tratamento, sendo necessário monitorar semanalmente a contagem de leucócitos totais e de neutrófilos.

A monitorização, após 18 semanas, costuma ser reduzida para cada 2 ou 4 semanas, pois o risco de agranulocitose diminui.

Efeitos alérgicos e dermatológicos

Algumas medicações, como a Clorpromazina, podem provocar alergia, dermatose e fotossensibilidade.

Alterações hepáticas

Alguns antipsicóticos podem provocar elevação discreta e reversível das enzimas hepáticas.

Efeitos oftalmológicos

Determinados antipsicóticos podem causar problemas oftalmológicos como: hiperpigmentação do cristalino e da córnea, retinopatia, edema de córnea, glaucoma e distúrbios da acomodação visual.

Efeitos no trato urinário

Antipsicóticos, como exemplo a Clorpromazina, podem causar retenção e incontinência urinária.

Boca e olhos secos e constipação

Alguns antipsicóticos podem causar secura de boca, olhos ou constipação.

Sialorréia

Clozapina e outros antipsicóticos costumam causar sialorréia, por diminuir o mecanismo de deglutição.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{3,4,7,8,9,10}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|--|
| Insegurança física ou emocional no ambiente | – Manter ambiente terapêutico. |
| Falta de conhecimento sobre o transtorno | – Orientar sobre a Esquizofrenia. |
| Falta de conhecimento sobre tratamentos | – Orientar sobre o tratamento planejado. |
| Falta de conhecimento sobre medicações | – Orientar quais os objetivos das medicações que estão sendo usadas e possíveis efeitos colaterais. |
| Alimentação inadequada | – Orientar sobre alimentação adequada. – Supervisionar alimentação. |
| Sono e repouso inadequado | – Aplicar medidas da “higiene do sono”. |
| Presença delírios e alucinações | – Não discutir as idéias do paciente na fase aguda do episódio. |
| Prevenção de infecções | – Monitorar rigorosamente sinais vitais. – Orientar paciente a comunicar qualquer sinal de infecção. |
| Dificuldade de comunicação devido aos distúrbios no pensamento | – Procurar compreender o que o paciente quer expressar. – Falar devagar, dar tempo para que ele compreenda e estimular respostas. |
| Prevenção de alergia e problemas de pele | – Orientar para evitar exposição excessiva ao sol e usar protetor solar. |
| Sinais de auto e hetero agressividade | – Colocar o paciente em ambiente separado dos demais e sem objetos que ofereçam riscos. |
| Sintomas depressivos | – Identificar ideação suicida. – Observar quanto ao risco de tentar suicídio. |
| Relacionamento social | – Estimular participar de atividades em grupos, receber visitas e inserir-se em atividades psicossociais da unidade. |
| Pacientes em fase de estabilização ou manutenção de tratamento | – Inserir-se em atividades de reabilitação psicossocial, assim que possível. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falkai P, Wobroch T, Liebermam J, Glentho JB, Gattaz WF, Möller HJ. Forçatarefa da WFSBP para diretrizes para o tratamento biológico da esquizofrenia. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o Tratamento Biológico da Esquizofrenia. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, suplemento 01, 2006.
2. Channon RA. Esquizofrenia. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
4. Mello IM. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno do pensamento. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
5. National institute of mental health US. Department of mental health and human services. Publicação NIH, n. 93-3477, 1993.
6. Wang YP, Minatogawa TM, Tavares Jr H. Psicofarmacologia dos transtornos psicóticos. In: Teng CT, Demetrio FN. Farmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.
7. Moller MD, Murphy ME. Respostas neurobiológicas, esquizofrenia e transtornos psicóticos. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
8. Varcarolis EM. Schizophrenic disorders. In: Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Daunders Company, 1990.
9. Gary F. Schizophrenia. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.
10. Taylor CM. Indivíduos com transtornos do pensamento. In: Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

28

Transtornos do humor

Os transtornos do humor são quadros caracterizados por alterações anormais no estado emocional, em especial nos sintomas associados ao humor, como tristeza e euforia.^{1,2}

A DEPRESSÃO

A depressão é conhecida há séculos. Hipócrates a descreveu com o nome de “estado de melancolia”, atribuindo-lhe causa biológica.

O termo depressão pode ser usado com vários significados: ^{1,2,3,4,5,6,7}

- sentimento normal e compreensível diante da perda de algo querido;
- sintoma presente em vários quadros psiquiátricos;
- síndrome (conjunto de alterações) com mudanças no humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas;
- transtorno mental, classificado de acordo com critérios da literatura médica, entre eles: o transtorno depressivo maior, a distímia, a depressão integrante do transtorno bipolar.^{1,2}

O transtorno mental depressão é um problema de saúde pública relevante. Dados epidemiológicos indicam que aproximadamente 16% da população mundial o apresenta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o problema como uma das principais causas de incapacidade, além de causador de custos sociais, econômicos e sofrimento, podendo levar alguns portadores ao suicídio.^{1,2,3,4,5,6,7}

É crônico transtorno, de curso variável, que pode aparecer em diversas fases da vida.

Quando surge na infância, predispõe a maior risco de suicídio, abuso de drogas e desenvolvimento de transtorno bipolar. No idoso, costuma ser acompanhada de alterações cognitivas e queixas somáticas.

Sua causa é atribuída a fatores: biológicos, psicológicos, ambientais e sociais interagindo.

Os estudos genéticos, envolvendo famílias, gêmeos e adotados mostram que:

- existe componente genético na depressão (unipolar e bipolar);
- a genética determina 40% de susceptibilidade para a fase unipolar e 70% para a bipolar.

O modo de transmissão não está definitivamente esclarecido. Existem evidências de que há múltiplos fatores.^{1,2,3,4,5,6,7}

A neuroquímica, disciplina que estuda o papel dos neurotransmissores, receptores e mensageiros intracelulares, tem ajudado a compreender esse transtorno através de pesquisas que foram iniciadas há mais de quarenta anos. Elas partem da compreensão dos mecanismos de ação dos antidepressivos.

As informações combinadas, que surgem dos estudos da neuroquímica, das técnicas de neuroimagens, dos genes de vulnerabilidade à doença e da interação entre cérebro e meio ambiente fornecem uma compreensão mais acurada da fisiopatologia da depressão.^{1,2}

Seus sintomas são psíquicos, físicos e comportamentais:

- Psíquicos

- humor depressivo: tristeza, falta de prazer pelas atividades que anteriormente eram apreciadas ou desinteresse total pelas coisas;
- fadiga ou perda de energia: cansaço, dificuldade de realizar atividades e lentidão física;
- diminuição na capacidade de pensar e tomar decisões: lentidão no pensamento, dificuldades em achar palavras para falar e escrever e para tomar decisões simples.

- Físicos

- alterações de sono: insônia e hipersonia;
- alterações no apetite: perda de apetite, (levando à perda de peso), aumento de apetite (levando ao ganho de peso) e apetite aguçado para carboidratos e doces;
- redução no interesse sexual: diminuição e falta de libido.

- Comportamentais
 - retraimento social;
 - crises de choro;
 - comportamento suicida;
 - retardo psicomotor, lentificação geral e agitação psicomotora.

A depressão, com presença de sintomas catatônicos, caracteriza-se por: alterações da psicomotricidade, como imobilidade quase completa, atividade motora excessiva, extremo negativismo, mutismo, estereotipia, ecolalia, ecopraxia, obediência e imitação automáticas. Nela podem ocorrer delírios e alucinações, em aproximadamente 15% dos em quadros, geralmente os mais graves.^{1,2,3,4,5,6,7}

TRATAMENTOS

Biológicos⁹

A psicofarmacoterapia é o tratamento biológico mais indicado, sendo os antidepressivos os psicofármacos mais eficazes. A Eletroconvulsoterapia e a Estimulação Eletromagnética Transcraniana também oferecem bons resultados.

Psicoterapias^{2,5,6}

As psicoterapias são bastante úteis como coadjuvantes dos tratamentos biológicos.

A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) é eficaz por propor a mudança do modo disfuncional negativo de encarar as situações de vida.

Outras psicoterapias de apoio ajudam a dar suporte emocional e ajudam a explorar sentimentos negativos como culpa, vergonha, além de possibilitar a melhora da auto-estima.

Reabilitação psicossocial

Particularmente úteis para trabalhar aspectos cognitivos prejudicados e auto-estima.

Psicoeducação

É uma abordagem que objetiva ensinar paciente e família sobre o transtorno, o tratamento e o manejo da situação.

Grupos de auto-ajuda

No Brasil existem grupos de auto-ajuda para portadores e familiares.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{3,4,5,6,7,8}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|--|
| Necessidades físicas afetadas | <ul style="list-style-type: none">– Fazer o levantamento das necessidades físicas afetadas, entre outras: alimentação, hidratação, sono, repouso, higiene e eliminações fisiológicas.– Proporcionar, supervisionar ou estimular cuidados, considerando as necessidades. |
| Presença, entre outros, de sentimentos de ansiedade, culpa, tristeza e vergonha | <ul style="list-style-type: none">– Oferecer suporte emocional.– Usar técnica de expressão de sentimentos.– Orientar que a maioria dos sentimentos está relacionada ao transtorno mental e haverá melhora com o tratamento.– Inserir em grupos de pacientes que dêem suporte emocional. |
| Auto-estima prejudicada | <ul style="list-style-type: none">– Dar suporte emocional.– Oferecer atividades, objetivando melhorar a auto-estima, de acordo com a capacidade de realização. |
| Isolamento ou retraimento social | <ul style="list-style-type: none">– Inserir gradativamente em atividades grupais.– Estimular socialização. |
| Presença de comportamento suicida | <ul style="list-style-type: none">– Colocar em ambiente com o mínimo de riscos para a integridade física.– Manter elemento da equipe de enfermagem próximo à pessoa, observando comportamento.– Explorar os sentimentos, mostrando as opções ao suicídio.– Utilizar abordagens terapêuticas como: Terapia Comportamental Cognitiva ou Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente. |

O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR^{10,11}

O transtorno afetivo bipolar é caracterizado pela presença de dois pólos: quadro de depressão e de mania. É classificado em dois tipos: tipo I,

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

em que ocorre pelo menos um episódio de mania ou misto, e tipo II, no qual surgem apenas episódios de hipomania (euforia leve).

A mania é a fase da doença bipolar na qual o paciente está em um estado de aceleração física e psíquica. A depressão do transtorno bipolar apresenta as mesmas características da depressão do unipolar.

Na fase da mania aparecem os sintomas de hiperatividade, fala argumentativa, às vezes cômica, que pode mudar subitamente para a fala sarcástica e agressiva.

O portador apresenta energia sem limites, pode ser exigente, irritado, com idéias de grandeza, poder e riqueza, comportamento social desinibido, erótico e sem julgamento crítico. Somente em casos extremos da doença ele não mantém contato com a realidade. Em decorrência dos sintomas, apresenta comportamento social bastante inadequado e, frequentemente, prejudicial.

Os estudos apontam para fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais na etiologia dos transtornos bipolares.

TRATAMENTOS

Biológicos¹²

A psicofarmacoterapia é indicada, sendo os estabilizadores do humor os psicofármacos que promovem o equilíbrio e evitam novas crises.

Os antipsicóticos, antidepressivos e benzodiazepínicos podem ser usados de acordo com o quadro e fase em que o paciente se encontra. A eletroconvulsoterapia também oferece bons resultados.

Psicoterapias

As psicoterapias são indicadas como tratamento coadjuvante da psicofarmacoterapia.

Na fase depressiva do transtorno bipolar, as psicoterapias são as mesmas indicadas para a depressão clínica.

Reabilitação psicossocial

Particularmente úteis para trabalhar aspectos cognitivos prejudicados e auto-estima.

Psicoeducação

É uma abordagem que objetiva ensinar paciente e família sobre o transtorno, bem como seu tratamento e manejo.

Grupos de auto-ajuda

No Brasil existem grupos de auto-ajuda para portadores e familiares.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{3,4,5,6,7,8}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|---|
| Necessidades físicas afetadas | <ul style="list-style-type: none">– Fazer o levantamento das necessidades físicas afetadas.– Proporcionar, supervisionar e estimular cuidados, conforme cada necessidade prejudicada.– Oferecer alimentos com maior valor calórico, em intervalos menores.– Oferecer líquidos.– Proporcionar condições de sono e repouso, ambiente tranquilo, medicação, conforme prescrição médica e, se necessário, contenção física até início do sono.– Quando possível, aplicar técnica de relaxamento. |
| Falta de crítica quanto aos riscos ambientais | <ul style="list-style-type: none">– Oferecer ambiente livre de riscos para a integridade física. |
| Necessidade de gasto de energia | <ul style="list-style-type: none">– Oferecer tarefas de fácil realização e que fazem gastar energia.– Oferecer espaço para manter atividades físicas. |
| Auto-estimada, inflada, diálogo argumentativo e intollerância às críticas | <ul style="list-style-type: none">– Não discutir, argumentar e criticar comportamento.– Manter tranquilidade e voz baixa ao abordar.– Dialogar cordialmente. |
| Risco de envolvimento em empreendimento com potencial de danos financeiros | <ul style="list-style-type: none">– O ambiente em uma unidade de internação é o ideal para controlar esse tipo de risco. |
| Comunicação prejudicada | <ul style="list-style-type: none">– Oferecer explicações pertinentes, quando necessário.– Dar respostas simples e reais aos questionamentos.– Dar oportunidade para identificar, ajustar e modelar expressões. |

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

| | |
|--|---|
| Comportamento inadequado, tipo manipulação e teste | <ul style="list-style-type: none"> – Preparar a equipe de enfermagem para manter conduta única diante desse tipo de comportamento. – Estimular os comportamentos positivos e desestimular os negativos. – Colocar limites em comportamentos inadequados. |
| Episódios depressivos durante a fase de mania | <ul style="list-style-type: none"> – Possibilitar expressão de sentimentos. – Oferecer suporte emocional. – Oferecer tarefas que dêem senso de realização. – Inserir em grupos de pacientes que possibilitem suporte emocional. |

DISTIMIA

A distímia é um transtorno do humor com sintomas depressivos moderados ou leves, de caráter crônico, que pode causar prejuízos significativos na vida do portador. Costuma surgir de modo insidioso, muitas vezes na infância ou adolescência, e durar a vida toda. Quando não diagnosticada e tratada adequadamente, representa custos em termos de sofrimento no relacionamento pessoal, ocupacional e social, além de causar gastos de tempo e dinheiro em consultas médicas e tratamentos ineficazes.^{13,14}

Suas principais características são:

- humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos dois últimos anos. Em crianças e adolescentes o humor pode ser caracterizado como irritável, pelo menos durante um ano;
- enquanto deprimido, o portador apresenta pelo menos dois itens dos que se seguem: aumento ou diminuição da fome, insônia ou hipersônia, energia baixa ou fadiga, baixa auto-estima, diminuição da concentração, indecisão e desesperança;
- no quadro há ausência de mania, ciclotímia ou episódios mistos;
- sintomas que não derivam do uso de substância psicoativa ou condição médica (hipotireodismo, por exemplo).^{13,14}

TRATAMENTOS

Biológicos^{13,14}

A psicofarmacoterapia é o tratamento mais indicado, sendo os antidepressivos os medicamentos mais eficazes.

Psicoterapias

As psicoterapias são indicadas como tratamento coadjuvante da psicofarmacoterapia.

A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) é eficaz por trabalhar pensamentos disfuncionais.

As terapias de apoio dão suporte emocional e ajudam a melhorar a auto-estima.

Psicoeducação

É uma abordagem que objetiva ensinar paciente e família sobre o transtorno, bem como seu tratamento e manejo.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{3,4,5,6,7,8}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|--|
| Desconhecimento do transtorno | – Orientar quanto às características, o fato de ser uma condição médica bem conhecida e passível de tratamento. |
| Necessidades físicas afetadas (normalmente, alimentação e sono) | – Orientar dieta adequada. – Ensinar medidas de “higiene do sono”. |
| Retração social | – Estimular interação social, orientando padrões adequados de comportamento. |
| Presença de sentimentos negativos: pessimismo, desesperança, culpa e outros | – Estimular expressão de sentimentos. – Aplicar a Terapia Comportamental Cognitiva (TCC). ou – Utilizar o Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente. |
| Sensibilidade aumentada aos estressores | – Ensinar mecanismos de lidar com estresse. – Aplicar técnicas de relaxamento. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Porto JA. Conceito de depressão e seus limites. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr, R, Miguel EC. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artemed Editora, 2000.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

2. Gaviria FM, Flaherty JA. Depressão. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. Taylor CM. Indivíduos com transtornos de humor. In: *Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
4. Wolfgram B. Mood disorders. In: Gary F, Kavanagh CK. *Psychiatric mental health nursing*. New York: JB Lippincott Company, 1990.
5. Stuart GW. Respostas emocionais e transtornos do humor. In: Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artemd, 2001.
6. Varcarolis EM. Alterations in mood: grief and depression. In: Varcarolis EM. *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
7. Igue CE, Prates JG. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno do humor: doença afetiva bipolar. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. *Manual de Enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu, 1997.
8. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
9. Demétrio FN, Minatogawa TM, Rocco PTP. Psicofarmacologia dos transtornos depressivos. In: Teng CT, Demetrio FN. *Psicofarmacologia aplicada*. São Paulo: Atheneu, 2006.
10. Del Porto JA, Del Porto KA. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. In: *Rev. Psiq. Clínica*, v. 32 (suplemento), 2005.
11. Gaviria FM, Flaherty JA. Distúrbio bipolar (doença maníaco-depressiva). In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
12. Melzer DL, Teng CT. Psicofarmacologia do transtorno afetivo bipolar. In: Teng CT, Demetrio FN. *Psicofarmacologia aplicada*. São Paulo: Atheneu, 2006.
13. Cordas TA, Nardi AE, Moreno RA (orgs.). *Distímia: do mau humor ao mal do humor*. Porto Alegre: Artemd, 2002.
14. Cordas TA, Neves JEB. Distímia. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr R, Miguel EC. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artemed Editora, 2000.

29

Transtornos da ansiedade

A ANSIEDADE

A ansiedade é conhecida desde a Grécia antiga, sendo que as dificuldades relacionadas a esse estado foram estudadas principalmente a partir dos trabalhos de Sigmund Freud.^{1,2,3,4}

O sentimento de ansiedade é reação normal à ameaça, estresse e percepção do perigo real ou percebido. Ele traduz-se de modo físico e psicológico do comportamento. Pode ser categorizada em graus: leve, moderado, intenso e estado de pânico, sendo esse último o grau mais intenso.^{1,2,7}

O grau leve é útil por possibilitar a procura de novos meios de adaptação. O moderado diminui a percepção, mas ainda dá oportunidade de fazer escolhas. Nesse grau, pode haver dificuldades na tomada de decisões. O grave prejudica bastante as capacidades de percepção e concentração, o que dificulta as escolhas. Nessa fase, a energia pessoal está voltada para fugir da situação de perigo.

O estado de pânico caracteriza-se por sensações de perplexidade, temor e terror. Nele, os detalhes da situação ficam fora de proporção. Há perda de controle, incapacidade de realizar tarefas, desorientação, pensamentos desorganizados e irracionais, e dificuldades de comunicação.

O estado de pânico costuma ser transitório, pois é incompatível com a vida. Seu prolongamento excessivo causa exaustão e morte.^{1,2,3,4}

O estado de ansiedade antecipatória surge diante da perspectiva de situação temida. Nele, a pessoa apresenta esquiva ou enfrentamento com mal-estar.

A ansiedade pode ser normal ou patológica. A normal é a cotidiana, que faz parte da vida. A patológica é sintoma básico de vários transtornos e estado de estresse, sendo que no transtorno de ansiedade é obrigatório. Costuma aparecer sem causa aparente, de modo freqüente, sendo excessiva e causadora de sofrimento psíquico.

Os principais sinais e sintomas que acompanham os estados mais graves de ansiedade são: ^{1,2,3,4}

- taquicardia;
- taquipnéia;
- alterações na pressão arterial e temperatura;
- relaxamento dos músculos lisos da bexiga e intestinos;
- inquietação motora;
- pele úmida;
- calafrio;
- pupila dilatada;
- boca seca;
- cefaléia;
- diminuição da auto-estima.

Inúmeras situações podem provocar ansiedade: doença, hospitalização, desconforto físico, dor, isolamento, restrição de movimentos e ações, separação de familiares e amigos, exposição pública, situação de incertezas e perda de meios de subsistência.

A relevância da ansiedade é percebida através de critério quantitativo, considerando-se que existe um *continuum* da ansiedade. ^{1,2,3,4}

OS TRANSTORNOS DA ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade são os mais freqüentes encontrados nos sistemas de saúde e comunidade.

Eles foram subestimados até o momento, com a maioria não identificada, diagnosticada e tratada adequadamente.

Suas causas são biológicas, psicológicas, ambientais e sociais. Foram divididos em grupos, sendo os principais: fobias, ansiedade generalizada, estresse pós-traumático, transtorno do pânico e obsessivo-compulsivo (TOC). ^{1,2,3,4}

A FOBIA⁵

Pode ser conceituada como temor ou aversão exagerada por situação, objeto, animal ou lugar, que se manifesta em situações particulares.

Na história das espécies, o medo ou aversão a animais se justifica pelos potenciais predadores, o que ajudou a desenvolver respostas eficientes para lidar com perigos.

Os medos sociais provavelmente evoluíram como resultado dos confrontos de dominância entre animais, para estabelecer ordem na vida social. Um exemplo é o dos primatas, que estabelecem hierarquias, na qual o animal vencido manifesta medo, comportamento submisso e fica relegado a *status* mais baixo.

A agorafobia é explicada no processo evolutivo como mecanismo de defesa, pois se sabe que o animal que fica exposto à vista, ou em lugares abertos, é presa fácil de predadores.

- A fobia simples

A fobia simples é caracterizada por medo persistente, circunscrito, de situação ou objeto específico. A pessoa responde com intensa reação de ansiedade quando exposta aos mesmos, que desaparece com a retirada do estímulo. Faz esforços enormes para evitar a exposição. Exemplos de fobias simples são: de barata e de sangue.

- A fobia social

Medo perante situações em que a pessoa fica exposta à observação de outros, temendo ser vítima de comentários ou passar por humilhação em público, sendo desaprovada ou rejeitada.

As situações mais temidas são: falar, comer e beber em público, urinar em banheiro público e entrar em uma sala onde há pessoas. As conversas ao telefone, falar com estranhos, participar de reuniões sociais, manter contato ocular com pessoa não familiar, lidar com o sexo oposto e indivíduo que represente autoridade também são receadas.

Nessas situações pode surgir a esquiva, que costuma causar prejuízo pessoal, profissional e social se for comportamento repetitivo.

O fóxico social pode apresentar reações físicas como: rubor, sudorese, palpitação, tremor das mãos, dificuldade em falar e urgência em evacuar.

- Agorafobia

A agorafobia é o medo de estar em lugares públicos ou abertos, onde a pessoa percebe que não pode sair facilmente.

ANSIEDADE GENERALIZADA⁶

Os três principais sintomas do transtorno da ansiedade generalizada são preocupação, ansiedade e tensão desproporcionais. Eles costumam estar presentes o tempo todo e provocam cansaço, incapacidade de relaxar e esgotamento. É transtorno relativamente comum, podendo afetar até 5% da população.

ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO⁷

O transtorno pós-traumático caracteriza-se pela lembrança repetida de experiência de terror causada por evento agressivo vivido em determinado momento da vida. Um estímulo relacionado ao trauma pode desencadear *flashbacks* da referida experiência.

Os principais exemplos de estresse pós-traumático estão nas situações vividas em guerras, catástrofes naturais e estupros.

TRANSTORNO DO PÂNICO⁸

O transtorno do pânico é uma condição clínica complexa caracterizada por repetidos ataques de pânico. Há presença do medo intenso da repetição desses ataques e, por vezes, evitação fóbica.

Entre os prejuízos que o transtorno do pânico costuma trazer estão:

- o portador pode desenvolver medo de situações que associa ao aparecimento dos ataques de pânico e limitar suas atividades normais;
- prejuízo no relacionamento com família e grupo social;
- aparecimento de outras doenças, como síndrome do cólon irritável ou dependência de drogas;
- sobrecarga do sistema de saúde, devido às inúmeras consultas aos seus serviços.

O ataque de pânico

O ataque de pânico pode ser definido como um episódio agudo de terror acompanhado de conjunto súbito de sintomas:

- palpitação;
- taquicardia;
- dor no peito;
- náusea;

- dificuldade para respirar;
- ondas de calor e de frio;
- sudorese intensa;
- formigamento e adormecimento nas mãos;
- sensação de estar sonhando;
- distorção perceptiva;
- medo de enlouquecer;
- sentimento de despersonalização ou desrealização;
- medo de perder o controle e fazer algo embaraçoso;
- medo de morrer ou sensação de morte súbita;
- sensação de que alguma coisa ruim está para acontecer;
- descontrole intestinal.

Um ataque de pânico costuma ser espontâneo, sem aparente fator desencadeante e, em geral, dura minutos.

Às vezes, surge devido ao evento estressante: morte de ente querido, divórcio, mudanças de casa e emprego e realização de cirurgia.

Pode aparecer em várias patologias como: transtornos de ansiedade, depressão, intoxicação e abstinência por substância psicoativa, hipertireoidismo, arritmia cardíaca e epilepsia.

Pode assemelhar-se a quadros como infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, hipertireoidismo e alguns tipos de epilepsia.

O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)⁹

O transtorno obsessivo-compulsivo é a condição caracterizada pela manifestação de obsessões seguidas de compulsões.

As obsessões são pensamentos irracionais, intensos, persistentes, que independem da vontade e têm grande significado emocional para a pessoa. Ex: Ela acredita que todo objeto que toca está contaminado.

As compulsões são os atos indesejados realizados com o objetivo de aliviar a ansiedade que as obsessões trazem. Ex: A pessoa lava as mãos exageradamente por acreditar que tudo em que toca está contaminado, chegando a machucá-las.

As obsessões acompanhadas de compulsões podem tornar a vida da pessoa incapacitada, caso gaste grande parte de seu tempo realizando os rituais, que englobam obsessão e a compulsão.

TRATAMENTOS

Biológicos¹⁰

O tratamento indicado é a psicofarmacoterapia, particularmente os benzodiazepínicos e os Inibidores Seletivos da Recaptura de Serotonina (ISRS)

Psicoterapias

As psicoterapias atuam como coadjuvantes ao tratamento da psicofarmacoterapia.

A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) é eficaz por trabalhar pensamentos disfuncionais e associar técnicas comportamentais.

Técnicas comportamentais

Algumas técnicas comportamentais são altamente indicadas para tratar determinados transtornos da ansiedade, como exemplos: exposição, recompensa por fichas, dessensibilização sistemática e prevenção de resposta.

Psicoeducação

A psicoeducação objetiva ensinar paciente e família sobre o transtorno, bem como seu tratamento e manejo.

Grupos de ajuda

No Brasil, existem grupos de ajuda que dão suporte a paciente e família.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{4,11,12,13}

a) Aos portadores de sintomas de ansiedade

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|---|
| Presença de sintomas de ansiedade e medo | – Proporcionar oportunidades de expressar os sentimentos de ansiedade e medo. |
| Uso indiscriminado ou exagerado de medicação para aliviar a ansiedade | – Orientar e supervisionar, quando necessário, uso adequado de medicação. |

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

| | |
|---|---|
| Desorganização das atividades de vida diária | – Ajudar na organização das atividades de vida diária, planejando atividades e tarefas. |
| Esquiva em relação a problemas e situações devido à ansiedade | – Encorajar a enfrentar os problemas, não fugir. – Aplicar técnicas comportamentais. |
| Baixa auto-estima e pouca iniciativa | – Estimular atividades que desenvolvem iniciativa e aumentam auto-estima (a pessoa ansiosa conta com menos recursos internos e apresenta-se menos capaz, intelectualmente). |
| Presença de episódios de grande ansiedade | – Oferecer apoio emocional. – Aplicar técnica de relaxamento. |

b) Aos portadores de Transtornos de ansiedade

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|---|
| Presença de situações que desencadeiam sintomas fóbicos | – Afastar a pessoa do objeto ou situação desencadeante da crise de fobia, em situação pontual. Lembrar que qualquer exposição, visando fazer desaparecer sintomas fóbicos, deve ser gradual. – Aplicar técnicas comportamentais: exposição, dessensibilização sistemática e outras, visando o tratamento. |
| Presença de <i>flashbacks</i> relacionados ao estresse pós-traumático | – Durante o episódio, dar suporte emocional. – Aplicar Terapia Comportamental Cognitiva (TCC). ou – Utilizar o Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente. |
| Presença de sintomas obsessivos-compulsivos | – Não criticar ou tentar fazer a pessoa raciocinar logicamente sobre o seu comportamento. – Não impedir a realização da compulsão. – Não apressar a realização da compulsão. – Ajudar a pessoa a organizar o tempo, levando em consideração o que gasta com a compulsão e as atividades de vida diária. – Permanecer ao lado, durante a realização da compulsão, quando há riscos para a mesma. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castilho ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. Rev. Bras. Psiquiatr., v. 22, dez 2000.
2. Sharma R, Andriukaitis S, Davis J. Estados ansiosos. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. McDonald B. Anxiety disorders. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.
4. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
5. Grando L, Yamamoto AT. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno fóbico-ansioso. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
6. Grando L, Yamamoto AT. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno de ansiedade. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
7. Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios e diagnósticos. Rev. Bras. Psiquiatr., v. 25 (suppl. 1), 2003.
8. Grando L. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno do pânico. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
9. Cruz CA. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno obsessivo-compulsivo. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
10. Guertzenstein EZ. Psicofarmacologia dos transtornos ansiosos. In: Teng CT, Demetrio FN. Psicofarmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.
11. Taylor CM. Indivíduos com transtornos de ansiedade. In: Manual de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
12. Stuart GW. Respostas de ansiedade e transtornos de ansiedade. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
13. Charron HS. Anxiety disorders. In: Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.

30

Transtornos alimentares

CONCEITO

A alimentação adequada satisfaz necessidades biológicas e psicológicas. No entanto, a comida pode ser usada em um padrão disfuncional para satisfazer necessidades emocionais, servir como recompensa ou punição e aliviar estresse.

Os transtornos alimentares são caracterizados por padrões disfuncionais de alimentação junto com alguns sintomas específicos.

Até bem recentemente acometiam preferencialmente mulheres adolescentes ou jovens, caucasianas, educadas, economicamente estáveis e imbuídas da cultura ocidental. Em nossos dias, estão avançando para outras faixas etárias, grupos étnicos e sexo. Os transtornos alimentares mais comuns são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP).

As causas dos transtornos alimentares ainda não estão bem esclarecidas, mas existem evidências de uma interação complexa, envolvendo componentes: biológicos, psicológicos, ambientais e socioculturais.^{1,2,3,4,6,7}

Biológicos

Os transtornos alimentares têm prevalência maior em determinadas famílias, principalmente em parentes de primeiro grau e gêmeos idênticos.

Uma hipótese biológica é a de que os portadores de transtornos alimentares têm o centro de regulação do apetite, que fica no hipotálamo, desajustado. Esse centro é composto de neurotransmissores, neuroreguladores e hormônios que controlam fome e saciedade.

Psicológicos

Foram identificados agrupamentos de sintomas psicológicos comuns aos portadores de transtornos alimentares:

- rigidez, presença de meticulosidade e necessidade de controle;
- perfeccionismo, necessidades de exatidão e simetria, esquiva aos riscos, retraimento e controle de impulsos;
- dificuldade de interpretar sentimentos e tolerar estados emocionais intensos, como conflito de individuação e separação precoce e estresse;
- medo da maturidade biológica e psicológica.

Ambientais

O ambiente familiar dos portadores de transtornos alimentares frequentemente apresenta características como:

- presença de dificuldades na comunicação entre familiares;
- conflitos e perturbações comportamentais como uso de drogas, abuso sexual e suicídio;
- pais que recompensam o estar magro ou manifestam desprezo por obesidade;
- pais com maus hábitos alimentares, que negligenciam refeições ou comem alimentos pouco saudáveis.

Socioculturais

Os aspectos socioculturais que predispõem o aparecimento de transtornos alimentares em geral são:

- países que valorizam a magreza e a correlacionam ao sucesso, situação que ocorre principalmente no mundo ocidental;
- comunidades ou escolas que enfatizam a necessidade de manter a forma física adequada, sendo o padrão, a esbelteza;
- profissões que exigem estar magro, como exemplos: bailarina, modelo, produtores e jornalistas de moda, atriz, atleta, jôquei, vendedor de produtos de beleza, aeromoça e nutricionista.

ANOREXIA NERVOSA^{1,2,3,8,9,10}

A anorexia nervosa é caracterizada por medo intenso de ganhar peso mesmo quando a pessoa está abaixo do peso ideal.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Nesse quadro, aparece a distorção da imagem corporal e a recusa em manter peso corporal acima do mínimo normal esperado para a idade, altura e constituição. Normalmente, os anoréxicos estão pelo menos 15% abaixo do peso normal. Nas mulheres, ocorre ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.

As principais características dos portadores da anorexia nervosa são:

- apresentar importante perda de peso, com índice de massa corporal (IMC) abaixo de 17,5;
- negar fome;
- considerar seu comportamento alimentar normal e fonte de orgulho;
- ter amenorréia;
- ser sexualmente inativo;
- ter traços obsessivos e perfeccionistas;
- ser introvertido;
- apresentar risco de morte importante por inanição ou suicídio;
- o sub-tipo purgativo pode provocar vômito, e usar diurético e laxante.

BULIMIA NERVOSA^{1,2,3,8,9,10}

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar (comilança) com sensação de falta de controle sobre comportamento alimentar e preocupação excessiva persistente com forma e peso corporais.

O portador normalmente recorre ao vômito e uso de laxante e diurético, exercícios compulsivos, dieta e jejum rigorosos para equilibrar o que ingere em excesso como forma de compensar.

As principais características do portador são:

- apresentar menor perda de peso que o anoréxico, seu peso costuma estar próximo ao normal;
- ser mais extrovertido que o anoréxico;
- referir fome;
- considerar seu comportamento alimentar estranho e fonte de sofrimento;
- ser sexualmente mais ativo que o anoréxico;
- apresentar traços obsessivos e de esquiva;

- apresentar menstruação irregular ou normal;
- ter comportamentos impulsivos como cleptomania, uso de drogas e automutilação;
- apresentar risco de morte por hipocalemia e suicídio.

O TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA(TCAP)

O TCAP é caracterizado por episódios recorrentes de hiperfagia que causam sofrimento e vergonha, com sensação de falta de controle sobre o comportamento alimentar, mas sem que a pessoa use medidas compensatórias para evitar ganho de peso.

Os objetivos do tratamento são perda de peso, caso esteja fora do peso ideal, ensinar estratégias para resistir à compulsão e fornecer orientações sobre alimentação saudável.

TRATAMENTOS

Biológicos⁵

Na anorexia nervosa, não há tratamento específico para controle.

Na bulimia nervosa, a psicofarmacoterapia é indicada, particularmente os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS) como a fluoxetina.

O TCAP tem boa resposta aos ISRS, além da sibutromina.

Psicoterapias

As psicoterapias são indicadas para o tratamento dos transtornos alimentares descritos anteriormente.

A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) é uma abordagem eficaz por trabalhar os pensamentos disfuncionais característicos dos portadores dos transtornos alimentares.

Técnicas Comportamentais

As técnicas comportamentais são usadas em unidades de saúde para manter programas que visam ganho (ou perda) de peso e mudanças de comportamentos.

Psicoeducação

A psicoeducação é uma abordagem que objetiva ensinar paciente e família sobre o transtorno, tratamento e manejo.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{3,4,6,7,8,9,10}

a) Para pacientes ganhar peso (linha comportamental)

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|--|
| Recusa em comer nos horários das refeições | <ul style="list-style-type: none">– Permanecer junto ao paciente.– Estimular a ingestão de alimento. Por vezes, é necessário insistir.– Não encorajar discussões sobre alimentação nesses horários. |
| Tentativa de esconder alimentos | <ul style="list-style-type: none">– Observar atentamente para que não consiga esconder alimento.– Observar a roupa, debaixo da mesa, prato, unhas e outros lugares onde possa esconder o alimento. |
| Tentativa de vomitar após refeição | <ul style="list-style-type: none">– Após as refeições, manter a pessoa por aproximadamente uma hora perto da equipe de enfermagem para evitar que vomite. |
| Tentativa de esconder alimento ou vomitar no transcorrer do dia | <ul style="list-style-type: none">– Após a pessoa usar sanitário, fazer “checagem” no mesmo, procurando indícios de alimento ou vômito.– Observar locais do ambiente onde o paciente permanece os quais possibilitam esconder alimento. |
| Fazer exercícios físicos para perder peso | <ul style="list-style-type: none">– Observar se a quantidade de exercícios físicos é excessiva, proibindo, caso não seja compatível com estado físico. |
| Presença de sentimentos: irritação, falta de concentração e excessiva preocupação com alimento | <ul style="list-style-type: none">– Orientar que esses sintomas estão relacionados à privação alimentar. |
| Controle de ingestão | <ul style="list-style-type: none">– Anotar rigorosamente a quantidade de alimentos ingeridos em cada refeição e fazer um balanço no final do dia. |

b) Para abordagem integral na assistência

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|---|
| Presença de sentimentos de inadequação e desvalorização | – Valorizar a pessoa como um todo, tratando-a como um ser humano em sofrimento que precisa ser entendido e auxiliado. |
| Presença de sentimentos negativos como ansiedade, depressão e culpa | – Oferecer oportunidades para expressar sentimentos relacionados aos aspectos globais da vida, inclusive a alimentação. – Dar apoio em momentos críticos, permanecendo junto quando necessário. |
| Necessidade de adequar o estado nutricional | – Quando houver risco de morte devido à desnutrição, proporcionar intervenções de realimentação, de acordo com a prescrição médica. – Seguir os protocolos alimentares da unidade de saúde. – Aconselhar padrões saudáveis de alimentação, quando o paciente estiver em uma fase do quadro que consiga entender. – Quando apresentar excesso de peso, dar suporte durante as refeições para aderir adequadamente ao regime proposto. |
| Necessidade de adequar exercícios físicos | – Seguir os protocolos sobre exercícios físicos da unidade de saúde. – Orientar padrões saudáveis de exercícios, quando o paciente estiver em condições de assimilar. |
| Distorção da imagem corporal | – Usar estratégias que ajudem a perceber o corpo de modo realista, como técnicas cognitivas e comportamentais, exercícios de dança (que melhoram a integração mente-corpo), e confecção do molde do corpo com lápis e papel, para que possa percebê-lo. |
| Presença de ato de automutilação | – Dar suporte emocional, orientando expressão de sentimentos durante o episódio. – Aplicar técnica de relaxamento. |
| Identificação de pensamentos e sentimentos disfuncionais relacionados à alimentação | – Aplicar Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) ou – Utilizar o Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Paciente. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cordas TA. Anorexia e bulimia: um guia de orientação para pais e família. São Paulo: Artes Médicas Sul, 1998.
2. Flaherty JA. Distúrbios alimentares. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. Mello IM. Assistência de enfermagem a paciente com transtornos alimentares. In: Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
4. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
5. Segal A. Psicofarmacologia dos transtornos alimentares. In: Teng CT, Demetri FN. Psicofarmacologia aplicada: manejo prático dos transtornos mentais. São Paulo: Atheneu, 2006.
6. Mello IM, Igue CE, Grando LH, Cordas TA. O cuidar de pacientes portadoras de transtornos alimentares: relato de uma experiência. In: Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v. 4, n. 3, pg. 09-11.
7. Mello IM, Igue CE. Transtorno alimentar: o significado para o paciente e as possibilidades da equipe de enfermagem no cuidar. In: Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v. 5, n. 3-4, 2001, pg. 33-37.
8. Cochrane CE. Respostas de regulação alimentar e transtornos alimentares. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
9. Marshall L. Eating disorders. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.
10. Conant MJ. People who defend against anxiety through eating disorders. In: Varcropolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.

31

Transtornos da doença física com componentes psicológicos (psicofisiológicos)

São transtornos caracterizados pela presença de qualquer condição física que seja fortemente afetada por fatores psicológicos, particularmente pelo sintoma da ansiedade.¹

Para ser categorizado como tal, deve haver uma relação temporal entre os sintomas psicológicos e o início ou piora da condição física. O processo orgânico deve ser demonstrável.

Geralmente são causados por combinação de fatores psicossociais, fisiológicos e bioquímicos. Acredita-se que há o envolvimento do sistema nervoso autônomo, com o organismo sendo afetado como um todo.¹

O papel exato das emoções sobre o corpo ainda não está bem dimensionado, embora haja consenso sobre sua importância a respeito do funcionamento do organismo.^{1,2,3,4}

Alguns pontos são aceitos pelos estudiosos da saúde mental:

- conflitos reprimidos levam ao aumento da ansiedade;
- ansiedade e inervação do Sistema Nervoso Autônomo estão relacionadas;
- a pessoa ansiosa está sempre em estado de prontidão física e com determinados aspectos fisiológicos mais ativados como secreção aumentada de ácido gástrico;
- portadores de determinados tipos de personalidade são mais propensos às doenças do que outros (competitivos, agressivos, que sentem muita raiva);
- alguns seres humanos têm organismos mais frágeis;
- há sempre um evento estressante presente, real ou percebido na presença de determinadas patologias.^{1,2,3}

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

OS TRANSTORNOS MAIS CONHECIDOS SÃO: 1,2,3,4

Úlcera péptica (gástrica ou duodenal)

Clinicamente, a úlcera péptica manifesta-se através de dores epigástricas que surgem no intervalo entre uma a quatro horas após as refeições, sendo aliviadas por ingestão de alimentos e antiácidos. As dores podem tornar-se insuportáveis, requerendo investigação, diagnóstico e intervenção, que pode ser bloqueio do nervo vago e remoção cirúrgica de áreas muito afetadas do estômago.

O perfil do portador de úlcera péptica costuma ser de pessoa exigente, que quer perfeição e está constantemente sob estresse.

Hipertensão essencial

Elevação prolongada das pressões arteriais, sistólica e diastólica, na ausência de causas demonstráveis. Atualmente, fatores genéticos e culturais estão sendo investigados.

A experiência clínica tem demonstrado que as crises de hipertensão têm correlação com as crises de vida.

Asma brônquica

A asma pode ser causada por fatores biológicos, mas, por vezes, aparece sem causa demonstrável. É caracterizada pelo sibilar originado pela obstrução dos brônquios, que provoca a dificuldade em expirar.

O perfil do portador dessa patologia, de acordo com o referencial da psicanálise, pode ser de pessoa dependente que teme o abandono.

Problemas tegumentares

Muitos estados emocionais são refletidos na pele: o rubor do embaraço e a palidez do medo.

Desta forma, evidencia-se que a pele e as emoções estão fortemente relacionadas.

Em algumas pessoas, eventos estressantes provocam exacerbação de erupções cutâneas e aparecimento de coceiras.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Acredita-se que o interesse genuíno demonstrado pelos profissionais de saúde seja tão importante quanto medicar, pois atua no estado psicológico do portador.

Artrite reumatóide

É uma das formas de artrite. Pode causar danos orgânicos acentuados, pois atinge articulações e tecidos.

O aparecimento da doença pode acontecer após abalos emocionais significativos como perda de pessoa significativa e emprego.

TRATAMENTOS

Biológicos¹

Uso de fármacos, de acordo com a etiologia de cada patologia. Os psicofármacos podem ser adicionados quando estão presentes sintomas de transtornos mentais.

Psicoterapias¹

As psicoterapias podem ser empregadas como complemento aos fármacos e às intervenções específicas.

As psicoterapias de apoio ajudam a trabalhar sentimentos negativos e auto-estima.

A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) ajuda quando existem pensamentos disfuncionais.

A psicanálise é útil quando se requer investigação mais aprofundada de causas psíquicas e suas relações com quadros orgânicos.

Psicoeducação

A psicoeducação objetiva ensinar pacientes e familiares sobre as patologias, tratamento, manejo de problemas emocionais e estresse.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{2,3,4}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|---|
| Presença de sintomas específicos relacionados a determinadas patologias | – Dar assistência de enfermagem, de acordo com as necessidades da pessoa e do quadro patológico. |
| Presença de traços como: exigência e perfeccionismo, concomitantes a patologias associadas a componentes emocionais | – Orientar sobre as relações entre traços pessoais e prejuízos que podem estar causando ao organismo. – Facilitar a aceitação e compreensão do paciente sobre o componente emocional na patologia que está apresentando. |
| Dificuldade de lidar com estresse | – Ensinar técnicas de manejo de estresse. – Aplicar técnicas de relaxamento. |
| Presença de perfil de dependência a outras pessoas | – Utilizar o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, abordando a questão dessa dependência. |
| Presença de fatores emocionais, desencadeando problemas dermatológicos | – Demonstrar interesse. – Dar apoio emocional quando necessário. – Estabelecer um relacionamento no qual o paciente se sinta acolhido, dando-lhe oportunidade para expressar pensamentos e sentimentos. |
| Presença de restrições físicas em patologias limitadoras ou incapacitantes | – Ocupar com atividades simples, estando atento para não cansar o paciente e levando em consideração suas limitações impostas pela patologia. |
| Dificuldade de concentração e memorização | – Repetir orientações sempre que necessário até que a ansiedade diminua e a pessoa possa assimilar. – Usar técnicas que ajudem a memorização. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weller MA, Jacobsen D. Síndromes psiquiátricas especiais. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
2. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
3. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
4. Teixeira MB. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno psicofisiológico. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

32

Transtornos do abuso e dependência de drogas

USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS

Droga (substância química ou psicoativa) pode ser conceituada como qualquer elemento químico que atue no organismo, produzindo alterações em seu funcionamento.^{1,2,3}

Qualquer elemento químico que produza sensação prazerosa pode ser usado de modo inadequado, embora se reconheça os efeitos negativos desse comportamento. As drogas são conhecidas em praticamente todas as culturas, desde os tempos pré-históricos com objetivos de:^{1,2,3}

- melhora do funcionamento pessoal e social;
- alívio de sentimentos emocionais negativos: tristeza, depressão, medo, ansiedade, tédio e fadiga;
- uso em práticas e cultos religiosos.

O abuso e a dependência de drogas são importantes problemas de saúde pública, categorizados como doenças, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Eles ocorrem por fatores individuais, culturais e sociais múltiplos em interação.^{1,2,3}

Sabe-se que quem abusa ou depende de drogas acaba se envolvendo com os sistemas legal e de saúde. Abuso é o uso contínuo da droga, apesar da ciência que o problema causa. Dependência é a necessidade da droga pelo organismo, caracterizada por sintomas físicos, psíquicos e comportamentais. Ambas as condições trazem inúmeros prejuízos.

Existem também os conceitos de tolerância e síndrome de abstinência. Tolerância é a necessidade de aumentar a quantidade da droga para que

o organismo obtenha o mesmo efeito anterior. Abstinência é o quadro resultante da dependência, que surge quando não há possibilidade de o organismo ter a droga, caracterizada pela presença de sintomas físicos e psicológicos graves, causadores de grande sofrimento.^{1,2,3}

As drogas mais conhecidas são: narcóticos (morfina, heroína, codeína), hipnóticos sedativos (álcool, barbitúricos e agentes ansiolíticos), estimulantes do SNC (cocaína, crack e anfetaminas), alucinógenos (LSD) e maconha.

TRATAMENTOS DE DROGAS

Biológicos⁴

O tratamento com fármacos depende da etiologia da dependência.

Psicoterapias

Algumas psicoterapias são indicadas para ajudar no tratamento.

Psicoeducação

É uma abordagem útil para o paciente e a família, objetivando ensinar sobre o transtorno, tratamento e manejo.

Grupos de ajuda

No Brasil, existem grupos de auto-ajuda para pacientes e familiares de usuários de drogas.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{5,6,7,8,9,10,12}

a) Em caráter de prevenção e intervenção precoce para qualquer tipo de droga

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|--|
| Demonstração de interesse, intenção ou risco de usar droga | – Utilizar ações educativas e preventivas em um contexto de valorização da vida. |
| Uso de droga em caráter incipiente ou exploratório | – Detectar as prováveis dificuldades que a pessoa está apresentando. – Avaliar se o uso é devido à influência de grupos de iguais ou pelo prazer que proporciona. |

| | |
|---|---|
| Exposição ao uso de drogas com risco importante de usar | <ul style="list-style-type: none"> – Levar a pessoa a conhecer os três caminhos que fornecem sentido à vida: <ul style="list-style-type: none"> a) Fazer algo (no agir, no criar, ao realizar uma obra); b) Vivenciar algo (amar as pessoas, a natureza, uma obra de arte) e; c) Tomar uma posição diante do imutável, reconhecendo suas limitações. |
|---|---|

b) Assistência no abuso e dependência de droga(s)

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|--|
| Desconhecimento ou desinteresse pela real dimensão de seu problema | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar quanto ao transtorno, necessidade e etapas do tratamento. – Conscientizar quanto aos prejuízos físicos, psicológicos e sociais do abuso e dependência de drogas. |
| Descuido com aspectos físicos | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar quanto aos cuidados físicos adequados, entre outros, alimentação, hidratação, sono e repouso. – Supervisionar cuidados físicos negligenciados. – Oferecer cuidados relacionados aos aspectos físicos quando necessário. |
| Sentimentos negativos diante da impossibilidade de usar a(s) droga(s) | <ul style="list-style-type: none"> – Oferecer apoio diante de sentimentos negativos causados pela ausência da(s) droga(s). |
| Dificuldade em lidar com estresse | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar métodos funcionais para lidar com o estresse. |
| Baixa auto-estima e sentimentos de desvalorização | <ul style="list-style-type: none"> – Oferecer condições para aumentar auto-estima e sentimento de valor. – Aplicar relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente. |
| Dificuldade em planejar o futuro sem a(s) droga(s) | <ul style="list-style-type: none"> – Ajudar a planejar, de modo realista, o futuro sem uso da(s) droga(s). |
| Presença de quadro de intoxicação ou síndrome de abstinência | <ul style="list-style-type: none"> – Na presença de quadro de intoxicação ou crise de abstinência estar alerta para: <ul style="list-style-type: none"> a) nível de consciência; b) ingestão adequada de líquidos e alimentos; c) eliminações fisiológicas; d) prevenção de acidentes; e) outros. |

USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

O uso de álcool é um desafio para todo profissional que trabalha na saúde. A abordagem multidisciplinar do problema é a mais adequada. Ajuda a compreender o transtorno e pensar nas possibilidades de prevenção e tratamento. O trabalho de outros profissionais também ajuda na abordagem e solução do problema.^{1,2,3}

O álcool é uma droga legal, de consumo aceito em praticamente todo o mundo, com evidentes efeitos de relaxamento. Seu consumo moderado é associado com a prevenção de algumas doenças, por exemplo, álcool para prevenir problemas cardíacos.

As conseqüências provocadas pelo consumo inadequado são evidentes, crescentes e preocupantes. Uma delas é a dependência do álcool, transtorno que afeta cerca de dez por cento da população adulta do mundo, com grave repercussão.^{1,2,3}

No Brasil, o álcool é a droga de maior impacto negativo. A substância age sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), causa alterações no comportamento, como redução da ansiedade e do medo, e provoca sensações prazerosas de descontração e euforia. Por outro lado, leva aos pensamentos e atos descontrolados e perdas da memória, concentração e senso crítico.

O alcoolista é a pessoa com perturbação crônica de comportamento por ingerir álcool. Excede no uso, com prejuízos pessoal, social e econômico, decorrente dessa atitude.

O questionário CAGE pode ser utilizado para detectar alcoolismo. É simples de ser aplicado e eficiente.

É considerado positivo quando há presença de duas respostas afirmativas aos questionamentos:

- Alguma vez sentiu que deveria diminuir (*cut down*) a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?
- As pessoas o aborrecem (*annoyed*) porque criticam seu hábito de beber?
- Sente culpado (*guilty*) pela maneira como costuma beber?
- Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca (*eye opener*)?

Os principais sinais e sintomas são: ^{1,2,3}

- hálito alcoólico;
- olhos e faces avermelhadas;
- emagrecimento e falta de apetite;
- náuseas, vômitos e outros problemas digestivos;
- fraqueza muscular, tremores e queixas de dor nas pernas;
- hipertensão arterial;
- agressividade;
- nervosismo;
- insônia;
- alterações de memória.

As principais complicações requerem intervenção especializada: ^{1,2,3}

- Intoxicação aguda (ou embriaguez)

Quadro caracterizado pela lentidão no falar, fala pastosa, confusão mental, náusea, vômito, ataxia, rebaixamento do nível de consciência, coma e óbito.

- *Delirium tremens*

Quadro caracterizado por confusão mental, desorientação tempo-espço, convulsão, agitação, alucinações visuais e táteis (ver bichos no corpo ou parede).

O *delirium tremens*, mesmo com tratamento adequado, tem um índice de óbito de 5% a 15%.

- Síndrome de Wernicke aguda

Quadro agudo causado pela deficiência de tiamina, frequentemente associada ao *delirium tremens*. Seus sintomas são: rebaixamento do nível de consciência, nistagmo e ataxia.

- Síndrome de Korsakoff

Quadro crônico causado pela deficiência de tiamina. Caracteriza-se por comprometimento da memória para dados recentes, confabulação e desorientação no tempo e espaço.

TRATAMENTO DO ALCOOLISMO

Biológicos^{1,2,3,4}

Os medicamentos usados são:

Tiamina (vitamina B): administrada em usuário crônico, que costuma ter deficiência da vitamina, objetivando prevenir a síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Dissulfiram: objetiva provocar efeitos indesejáveis quando usada junto com o álcool, o que causa rejeição à substância. O tratamento costuma surtir efeito apenas quando supervisionado.

Acamprosato: objetiva diminuir recaídas.

Benzodiazepínico: objetiva minimizar os sintomas da abstinência alcoólica.

Ondansetron: objetiva diminuir efeitos positivos subjetivos do álcool e aumentar sedação sem afetar o aspecto psicomotor.

Outros psicofármacos podem ser usados na presença de transtornos mentais concomitantes.

Psicoterapias³

Algumas psicoterapias mostram-se eficazes em alguns casos de alcoolismo.

Grupos de auto-ajuda

O grupo de auto-ajuda mais conhecido é o dos “Alcoólatras Anônimos” (AA), que dá importante suporte para o portador.

Existem grupos específicos para familiares.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{5,6,7,8,9,11}

a) Fase de Desintoxicação (afastamento da bebida)

Obs: inicia com a chegada na unidade de saúde mental, perdura enquanto há sintomas de abstinência moderada ou grave e termina ao começar a fase de recuperação ou manutenção da abstinência.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|--|
| Necessidades físicas afetadas | <ul style="list-style-type: none"> – Realizar levantamento das necessidades físicas afetadas, particularmente, nutrição, hidratação, higiene e integridade física. – Proporcionar os cuidados físicos necessários. |
| Risco para inúmeros problemas clínicos | <ul style="list-style-type: none"> – Monitoração rigorosa de sinais vitais para detectar anormalidades, especialmente pressão arterial alta e febre. |
| Risco para apresentar rebaixamento de nível de consciência, <i>delirium</i> , sintomas psicóticos e quadros confusionais | <ul style="list-style-type: none"> – Avaliação rigorosa do estado mental. – Colocar em local tranqüilo, com poucos estímulos e bem iluminado, se estiver psicótico. |
| Fisicamente muito agitado | <ul style="list-style-type: none"> – Conter fisicamente, se houver risco à integridade física. Nesse caso, manter um elemento da equipe de enfermagem junto. |

b) Fase de Recuperação (manutenção da abstinência)

Obs: nesta fase o paciente não apresenta sintomas graves ou moderados de abstinência, mas sente muito desconforto pela falta do álcool.

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|--|
| Necessidade de criar vínculo | <ul style="list-style-type: none"> – Estabelecer um relacionamento de confiança. – Não criticar comportamentos ou hábitos. |
| Sentimentos de ansiedade devido à falta do álcool | <ul style="list-style-type: none"> – Oferecer apoio emocional quando ansioso. – Aplicar técnica de relaxamento. |
| Presença de sinais de descuido com o organismo e com a vida como um todo | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar e supervisionar cuidados físicos. – Orientar quanto aos prejuízos físicos, psicológicos e sociais causados pelo álcool. – Estimular a tomar o controle da própria vida. |
| Uso de manipulação | <ul style="list-style-type: none"> – Colocar limites aos comportamentos de manipulação. |
| Necessidade de suporte externo | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar para os recursos da comunidade, particularmente, grupos de auto-ajuda. |

USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE TABACO^{13,14,15}

O tabagismo é um grave problema de saúde pública. Esse fato justifica a cooperação de todos os profissionais de saúde para ajudar a combatê-lo.^{13,14}

A nicotina presente nas diversas formas de tabaco (inclusive cigarro) é uma droga que causa dependência devido às sensações gratificantes e efeitos psíquicos. Ela aumenta a energia, estado de alerta, atenção seletiva e causa diminuição de apetite e alívio do estresse.

Os processos que causam a dependência são semelhantes aos das drogas como heroína e cocaína.

O uso da nicotina, em determinadas concentrações, por determinado tempo, provoca diversas patologias, morte precoce e tolerância.^{13,14,15}

A tentativa de parar de usar pode provocar a “síndrome de abstinência” com: alteração de sono, dificuldade de concentração, vontade intensa de fumar, irritabilidade, inquietação, humor depressivo e aumento de apetite.

As características da dependência são:

- desejo intenso de fumar ou usar por mais tempo do que o planejado;
- dificuldade de controlar uso;
- uso de tempo considerável para obter, consumir ou se recuperar;
- dar prioridade à droga em relação às outras atividades sociais;
- continuar a usar mesmo sabendo dos danos.

Alguns contextos foram identificados como favorecedores do consumo: tomar café, ler jornal ou revista, trabalhar sob pressão, beber álcool, vivenciar situações estressantes e inesperadas, dirigir, falar ao telefone e assistir televisão.

Quando se deseja parar de usar tabaco é necessário aprender a identificar e evitar as situações de risco para recaídas, recorrer aos suportes familiar e social, e utilizar estratégias alternativas ao ato de fumar como rabiscar papel, dar uma volta, mascar chicletes, realizar concertos e tomar um copo de água.

O tabagismo só é considerado sob controle quando o fumante parou seu uso, sem recaídas, por pelo menos seis meses.^{13,14,15}

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

TRATAMENTO DO TABAGISMO^{13,14,15}

Biológicos

O tratamento pode ser realizado com medicações que apresentam efeitos comprovados por estudos científicos como Nortripitilina e Bupropiona.

A técnica da reposição de nicotina, na qual a nicotina do cigarro é substituída pela presente em adesivos e gomas de mascar é outro tratamento utilizado.

Abordagens recomendadas

O aconselhamento e o suporte emocional são as abordagens indicadas para o tabagista.

Psicoeducação

A Psicoeducação para tabagistas pode ser recurso eficiente, principalmente quando enfoca os prejuízos que o comportamento de fumar causa à saúde.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{4,13,14,15}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|---|
| A pessoa fuma | – Orientar sobre os malefícios do tabagismo. |
| A pessoa pretende parar de fumar | – Orientar sobre os recursos aos quais pode recorrer, incluindo os serviços de saúde que oferecem tratamentos. |
| A pessoa tem dificuldade de parar de fumar | – Alertar para as situações de risco ao ato de fumar. |
| A pessoa quer alternativas ao ato de fumar | – Ensinar as estratégias alternativas ao ato de fumar. |
| A pessoa sofre por estar tentando parar de fumar | – Oferecer suporte emocional. – Ensinar auto-aplicação da técnica de relaxamento. – Aplicar técnicas da Terapia Comportamental Cognitiva. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade AG, Nicastrí S, Tongue E. Drogas: atualização em prevenção e tratamento. São Paulo: Editora Lemos, 1993.
2. Malbergier A. Dependência de drogas. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 4, 2002.
3. Lahmeyer HW, Channon RA, Schlemmer JR F. Abuso de substâncias psicoativas. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
4. Carvalho APL. Farmacologia no abuso e dependência de drogas. In: Teng CT, Demetrio FN. Psicofarmacologia aplicada: manejo prático dos transtornos mentais. São Paulo: Atheneu, 2006.
5. Mello IM, Lazzarini LL. Assistência de enfermagem a paciente com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
6. Taylor CM. Indivíduos com abuso e dependência de substâncias. In: Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
7. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.
8. Jefferson LV. Respostas quimicamente mediadas e transtornos relacionados a substâncias. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
9. Haggart M. Substance abuse. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.
10. Janicak PG, Piszczor J. Distúrbios relacionados ao álcool. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
11. Smith-Dijulio K. People who depend on alcohol. In: Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
12. McAnfrew M. People who depend on substances other than alcohol. In: Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
13. Ferreira MP. Tabagismo (editorial). In: Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica, v. 32, n. 5, 2005 (edição especial).
14. Planeta CS, Cruz FC. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. In: Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica, v. 32, n. 5, 2005 (edição especial).
15. Pressman S, Carneiro E, Gigliotti A. Tratamento não farmacológico do tabagismo. In: Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica, v. 32, n. 5, 2005 (edição especial).

33

Transtorno mental orgânico (*delirium*)

AS CAPACIDADES COGNITIVAS

As capacidades cognitivas permitem ao ser humano compreender suas experiências e interagir com seu meio ambiente. Seu prejuízo pode deixar a pessoa confusa, incapaz de compreender as experiências que vivência e de fazer ligações entre eventos do passado e presente.¹

O *continuum* das respostas cognitivas percorre três fases: ¹

Respostas adaptadas: presença de decisão, memória intacta, percepção correta, atenção focalizada e pensamento lógico e coerente.

Respostas relativamente desadaptadas: indecisão periódica, esquecimento, confusão temporária leve, percepções incorretas ocasionais, distração e pensamento confuso ocasional.

Respostas desadaptadas: incapacidade de tomar decisões, prejuízos na memória e julgamento, desorientação, sérios danos na percepção, incapacidade de focalizar atenção e dificuldades com raciocínio lógico.

DELIRIUM

Delirium é um quadro de origem orgânica que costuma acometer pacientes hospitalizados, particularmente idosos. Trata-se de uma emergência médica responsável pelo aumento de morbimortalidade, com presença de sofrimento cerebral.

A presença de *delirium* causa considerável prejuízo nas capacidades cognitivas, sendo que os fatores causadores costumam ser: ^{2,3}

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Toxidade e infecção

Agentes tóxicos: toxinas ambientais (resíduos tóxicos), alguns tipos de medicações e peçonha, ou substâncias internas do organismo, como uréia (aumentada podem causar insuficiência renal).

Agentes infecciosos: vírus e bactérias podem causar infecção em vários sistemas do organismo e desencadeiam *delirium* quando atingem o Sistema Nervoso Central (SNC).

Hipóxia

Anêmica: na situação de “perda oculta de sangue”. Ex: provocada pelo uso de aspirina, ou pela deficiência de ferro, vitaminas e ácido fólico.

Histotóxica: quando as células não metabolizam o oxigênio: Ex: na presença de desidratação, hipertermia ou hipotermia.

Hipoxêmica: caracterizada por problemas com ventilação. Ex: na doença pulmonar obstrutiva crônica, asma ou infecções agudas do trato respiratório.

Isquêmica: decorrente de isquemias. Ex: na presença de insuficiência cardíaca congestiva, aterosclerose, hipotensão, hipertensão, hipertensão intracraniana resultante de tumor e hematoma subdural.

Transtornos metabólicos

Disfunção endócrina: produção deficiente ou excessiva de hormônio, causando problemas cognitivos. Ex: hipo ou hipertireoidismo.

Outros transtornos metabólicos: hipoglicemia, hipopituitarismo e doença adrenal.

Lesões cerebrais

- Traumas acidental ou cirúrgico.
- Tumores cerebrais.

Estimulação sensorial

Escassa: há evidências de que ambientes com escassa estimulação sensorial podem provocar alucinações.

Excessiva: há evidências de que ambientes com excessiva estimulação sensorial podem provocar quadros de confusão, alucinações e delírios.

O *delirium* apresenta as seguintes características:

- quadro de início rápido (horas a dias);
- curso de duração de dia a semanas (até a causa ser detectada e corrigida);
- nível de consciência indo da dificuldade em despertar a estar hiper-alerta;
- afeto flutuante;
- desorientação e confusão;
- atenção comprometida;
- sono perturbado;
- comportamento agitado;
- fala alterada, esparsa, rápida e incoerente;
- memória prejudicada, principalmente para fatos recentes;
- raciocínio desorganizado;
- pensamento incoerente, confuso, estereotipado ou com presença de delírios;
- presença de distúrbio de percepção, como interpretações incorretas, ilusões e alucinações;
- julgamento fraco;
- insight apenas em momentos de lucidez;
- desempenho fraco no exame de estado mental com tendência a melhorar com a correção da causa.

TRATAMENTO

Biológicos^{2,3}

O tratamento incide-se no distúrbio de base.

Outros fármacos são usados com objetivo de diminuir a agitação psicomotora, geralmente antipsicóticos intramusculares.

Psicoeducação

Essa estratégia objetiva orientar principalmente os familiares do paciente, na fase aguda da doença, sobre causa, tratamento e manejo.

Reabilitação psicossocial

Podem ser úteis para ajudar a melhorar os déficits cognitivos na fase de recuperação, após controle do episódio agudo.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{1,4,5,6,7}

| SITUAÇÃO OU PROBLEMA | AÇÕES |
|--|--|
| Necessidades fisiológicas | <ul style="list-style-type: none">– Identificar todas as necessidades urgentes para manutenção da vida, como exemplos:– Manter rede venosa com acesso fácil.– Manter o equilíbrio hídrico e nutricional (pode ser intravenoso).– Manter condições de sono e repouso. |
| Presença de desorientação | <ul style="list-style-type: none">– Deixar o ambiente iluminado.– Orientar quanto a local, tempo e pessoas. |
| Presença de agitação sem possibilidade clínica de ser medicado | <ul style="list-style-type: none">– Procurar dialogar tranquilamente com paciente.– Solicitar a presença da família e deixar objetos familiares com a pessoa.– Manter ambiente que ofereça proteção adequada como janelas com grades, e o mínimo de objetos e móveis potencialmente perigosos. |
| Presença de alucinação visual | <ul style="list-style-type: none">– Tranqüilizar o paciente e garantir que o objeto que vê não existe e que a equipe de tratamento está lá para ajudá-lo. |
| Comunicação e compreensão prejudicada | <ul style="list-style-type: none">– Usar frases simples quando dar informações.– Repetir instruções, caso haja dificuldades em entender.– Escrever frases claras e curtas em um papel. |
| Explicação da origem do quadro do paciente | <ul style="list-style-type: none">– Deve ser explicada no momento adequado ao paciente e família.– Orientar medidas que possam prevenir recaídas. |
| Déficits residuais no funcionamento cognitivo | <ul style="list-style-type: none">– Devem ser trabalhados ao longo do tempo, quando o paciente já estiver em uma unidade de reabilitação ou em casa. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stevens GL, Friedman SD, Baldwin BA. Enfermagem gerontopsiquiátrica. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
2. Goldmam LS. Delirium. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
3. Wacker P, Nunes PV, Fortenza OV. Delirium: uma perspectiva histórica. In: Rev. Psiquiatr. Clin., v. 32, n. 3, 2005.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

4. Teixeira MB. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno mental orgânico: confusão mental. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
5. Mello IM, Igue C. A internação do paciente psiquiátrico idoso: uma experiência de equipe de enfermagem. In: Revista de Enfermagem do Complexo HCFMUSP, v. 1, n. 4, fev/mar/abr 1998, pg. 18-22.
6. Holzapfel SK. The elderly. In: Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
7. Grau L. Psychiatric mental health nursing with elderly. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.
8. Almeida JRC, Alves TCTF. Psicofarmacologia do paciente idoso. In: Teng CT, Demetrio FN. Psicofarmacologia aplicada. São Paulo: Atheneu, 2006.

34

Transtornos da personalidade e do comportamento

PERSONALIDADE E COMPORTAMENTO SAUDÁVEIS

Personalidade pode ser definida como a organização dinâmica particular de cada indivíduo, através da qual os sistemas físico-psíquicos determinam o ajuste ambiental característico daquele indivíduo.^{1,2,3,4,6}

Dito de outra forma, personalidade pode ser definida como o conjunto de características que fazem a pessoa perceber o mundo e relacionar-se com os demais seres humanos de uma maneira particular, constituindo o seu modo de ser.

O portador de personalidade normal mantém relacionamentos adequados, íntimos e com identidade própria. É capaz de estar só, ter autonomia, interdependência e manter reciprocidade.

O conceito de normalidade, se tratando de personalidade, é tema bastante complexo. Entretanto, para fins operacionais diz-se que personalidades saudáveis costumam apresentar padrões de relacionamentos adequados, em níveis de intimidade variáveis e com preservação do senso de identidade própria (individuação).^{1,2,3,4,6}

Uma pessoa de personalidade saudável não costuma apresentar dificuldades em momentos de solidão, apresenta autonomia em relação às demais e é inclinada a manter relacionamentos interpessoais recíprocos e de natureza variável.

A manutenção de relações saudáveis resulta de um processo evolutivo de vida adequado. Ocorrências negativas, nas fases de desenvolvimento, podem causar dificuldades nos relacionamentos futuros, como: ^{1,2,3,4,6}

- privação de carinho na infância pode levar à incapacidade de dar carinho aos filhos;
- falta de atenção e estímulo dos pais ao bebê pode gerar seu fracasso, quando adulto, além de não ter confiança básica nas pessoas;
- tratamento como objeto, na infância, pode levar a tratar as demais pessoas do mesmo modo ao longo da vida.

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Os transtornos de personalidade são caracterizados por comportamentos socialmente não adaptados. Pesquisas sugerem que são determinados por fatores ambientais e biológicos. Três agrupamentos são conhecidos: ^{3,4,6}

Grupo A: presença de sintomas como: alheamento, raiva, ansiedade em situações sociais, comportamento excêntrico, desconfiança, isolamento e hipersensibilidade. Ex: paranóide, esquizóide e esquizotípica.

Grupo B: presença de sintomas como: irritabilidade crônica, frequentes pensamentos suicidas, baixa tolerância à frustração, alternância entre grande envolvimento social e retraimento excessivo, manipulação, impulsividade, distanciamento de pessoa significativa, ansiedade, história de múltiplos empregos, comportamento controlador e hipersensibilidade às críticas. Ex: *boderline*, anti-social, histriônica e narcisista.

Grupo C: presença de sintomas como: isolamento, retraimento, hábito compulsivo e preocupação com trabalho, incapacidade de envolver-se em atividades de lazer e de assumir responsabilidade pelo comportamento. Ex: de esquiva, dependente e obsessiva.

Em unidades de saúde mental, os principais transtornos de personalidade encontrados são: *boderline* e anti-social.

O PACIENTE COM PERSONALIDADE *BODERLINE*

Acredita-se que pessoa com personalidade tipo *boderline* não desenvolveu senso integrado de *self*. Suas principais características são: ^{7,8}

- instabilidade no comportamento interpessoal marcada por relacionamentos intensos e instáveis;
- comportamento impulsivo, imprevisível e manipulador;
- alterações profundas e inapropriadas de humor e afeto;
- identidade fraca com incertezas em áreas como auto-imagem, preferência sexual e valores.⁶

UM MODELO DE INTERNAÇÃO PARA PACIENTE *BORDELINE*

A internação de paciente *borderline* é uma tarefa desafiadora para a equipe de profissionais, pois pode apresentar respostas negativas como atuações (*acting out*), regressão e comportamentos impulsivos e perigosos.^{7,8}

As indicações são: comportamento auto-agressivo, episódios psicóticos, abuso de substâncias, sintoma depressivo persistente e reações de transferência graves potencialmente perigosas durante tratamento ambulatorial.

a) O contrato pré-admissão

É importante realizar um encontro pré-admissão incluindo o paciente com objetivo de estabelecer um plano de tratamento.

A apresentação da equipe, coesa, não deve ser negligenciada. Serve para diminuir riscos de cisão e visão idealizada da internação e equipe, levando o paciente a ter decepções, regredir e atuar.

No contrato, são negociados os objetivos da internação, o tempo de duração e as regras da unidade. O paciente, provavelmente, terá dificuldade de cumprir o contrato.

Ele deve ser informado do programa terapêutico e seu compromisso em segui-lo. A necessidade do engajamento de familiares no tratamento necessita ser enfatizada na pré-admissão.⁷

b) Objetivos e tempo da internação

Os principais objetivos são lidar com comportamentos e ideias, suicidas e homicidas, iniciar psicoterapia ambulatorial, tratar episódios psicóticos ou depressivos e iniciar psicofarmacoterapia.⁷

c) Regras da unidade

As regras da unidade devem ser explicitadas, objetivando preservar a integridade dos demais.

O paciente deve ser informado das sanções: restrição de privilégios, admoestação verbal, transferência e alta administrativa. Exemplos de comportamentos não permitidos são violência para consigo ou demais, uso de drogas não prescritas e realização de atividades sexuais com outras pessoas.⁷

Risco de suicídio

As tentativas de suicídio são relativamente comuns em paciente *borderline*. Esse fato parece evidenciar o caráter impulsivo do comportamento suicida em pessoa limítrofe e com ausência de planejamento.⁷

TRATAMENTOS

Biológicos

A psicofarmacoterapia costuma ser usada após a identificação dos sintomas alvos do comportamento que precisam ser melhorados.^{7,8}

Psicoterapias

São indicadas psicoterapias específicas, visando trabalhar os comportamentos disfuncionais do portador.^{7,8}

Psicoeducação

Estratégia que objetiva orientar principalmente a família do paciente sobre o transtorno, tratamento e manejo.

PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

A pessoa com personalidade anti-social costuma apresentar uma longa história de comportamentos disfuncionais, com características como: ^{1,2,3,4,6}

- desconsideração pelos sentimentos e direitos alheios;
- desempenho fraco na escola e trabalho;
- incapacidade de manter relacionamentos íntimos, principalmente o sexual;
- encanto superficial e comportamentos manipulador e sedutor.

CARACTERÍSTICAS DA MANIPULAÇÃO, IMPULSIVIDADE E NARCISISMO^{1,2,3,4,6}

Manipulação: caracterizada pela presença dos objetivos de controle e obtenção de vantagens para si mesma, não considerando outras pessoas, que são tratadas como objetos.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

Impulsividade: caracterizada pela incapacidade de planejar e aguardar, fraco julgamento, falta de confiabilidade e incapacidade de aprender com a experiência.

Narcisismo: caracterizado pela constante busca de admiração e elogios, frágil auto-estima, inveja e presença de atitudes egocêntricas.

TRATAMENTOS

O objetivo do tratamento no transtorno de personalidade anti-social é auxiliar a pessoa a adotar atitudes socialmente aprovadas e padrões de relacionamento aceitáveis.^{1,2,3,4,6}

Ambientes especialmente preparados

Atualmente, os estudiosos dos transtornos da personalidade anti-social recomendam tratamentos em ambientes especialmente preparados, com fundamentação na terapia comportamental, incluindo sistemas de recompensas e retiradas de privilégios, de acordo com o comportamento apresentado.^{1,2,3,4,6}

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

a) Aos portadores de personalidade *boderline*^{1,2,3,4,5}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|---|
| Dificuldade em identificar e rotular sentimentos | – Auxiliar a identificar e rotular sentimentos. – Ajudar a expressar sentimentos. |
| Senso de <i>self</i> pouco desenvolvido | – Ajudar a desenvolver um senso mais integrado de <i>self</i> e perceber as outras pessoas. |
| Presença de comportamento impulsivo | – Ajudar no controle dos atos impulsivos. – Aplicar técnicas comportamentais. |
| Presença de comportamento manipulativo | – Ajudar a entender o mecanismo do comportamento manipulativo. – Colocar limites a comportamentos inadequados. |

b) Aos portadores de personalidade anti-social^{1,2,3,4,5}

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|---|
| Presença de comportamentos que invadem direitos de outras pessoas | – Ajudar a pessoa a perceber e modificar seus comportamentos, de modo que não vá contra os direitos dos outros. |
| Ausência de responsabilidade diante de seus atos | – Ajudar a pessoa a reconhecer responsabilidades por suas próprias ações. |
| Presença de comportamentos de manipulação | – Abordar com firmeza, frente aos comportamentos de manipulação. |
| Presença de ataques de raiva, birra e atos destrutivos com objetivo de conseguir o que almeja | – Colocar limites a ataques de raiva, birra ou atos destrutivos para atingir seus objetivos. |
| Dificuldade de perceber limites e organizar suas atividades de vida | – Proporcionar ambiente organizado, estruturado e controlado, onde limites razoáveis sejam colocados quanto ao comportamento e possa desenvolver suas atividades diárias. |
| Presença de comportamentos disfuncionais alternados com funcionais | – Recompensar comportamentos socialmente aceitos (funcionais) e suspender privilégios diante dos comportamentos não aceitáveis (disfuncionais). |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor CM. Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
2. Grandó LH. Assistência de enfermagem a paciente com transtorno da personalidade. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. Manual de Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
3. Perlin CJ. Respostas sociais e transtornos de personalidade. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artemd, 2001.
4. Hodulik C. Personality disorders. In: Gary F, Kavanagh CK. Psychiatric mental health nursing. New York: JB Lippincott Company, 1990.
5. Mello IM. Proposta de orientação para sistematização de assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 1998.

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

6. Allport GW. Personality: a psychological interpretation. New York: NY: Holt Rinehart & Winston, 1937.
7. Sederer LI, Thorbeck J. Borderline character disorder. In: Inpatient psychiatry: diagnosis and treatment. Lloyd I. Sederer ed., 3rd ed., Williams & Wilkins Baltimore, 1991, pp. 108-140.
8. Val E, Gavia M. Distúrbio *boderline* e outros distúrbios. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

35

Transtornos e disfunções na sexualidade

COMPORTEAMENTO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

Não existe consenso entre os estudiosos da sexualidade do que é comportamento sexual normal. Até bem pouco tempo, era considerado normal o que ocorria entre parceiros casados, heterossexuais, com finalidade de procriação.

Em nossos dias, o comportamento sexual é percebido em um *continuum* que começa no adaptado e vai até o extremamente desadaptado, conforme a seguir: ^{1,2,3}

- comportamento sexual satisfatório que respeita os direitos alheios;
- comportamento sexual prejudicado pela ansiedade, resultante de julgamentos pessoais ou sociais;
- disfunção no desempenho sexual;
- comportamento sexual forçado, que não ocorre em âmbito privado ou sem o consentimento das partes envolvidas. ^{1,2,3}

O comportamento sexual bem adaptado é aquele que ocorre entre dois adultos vivos, que consentem no ato, sendo satisfatório para ambos, sem prejuízos, físico ou psicológico, acontece em âmbito privado e com ausência de violência ou coerção. ^{1,2,3}

Orientação sexual é a atração que a pessoa sente por outra, seja do sexo oposto, mesmo sexo ou ambos. Acredita-se que envolva escolha, atração erótica e emoções, sendo geneticamente determinada.

Identidade de gênero é a noção de ser homem, mulher ou de caráter ambíguo.

FORMAS DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS^{1,2,3,4,5}

Heterossexualidade

Heterossexualidade é a atração sexual por membro do sexo oposto.

Homossexualidade

Homossexualidade é a atração sexual por membro do mesmo sexo. No Brasil, usa-se nomear o homossexual masculino de *gay* e o feminino de *lésbica*.

Bissexualidade

Bissexualidade é a atração sexual por membros de ambos os sexos. Pode acontecer em um determinado período da vida ou ser contínua.

Travestismo

Travestismo é hábito de usar roupas, acessórios e atributos comuns ao sexo oposto.

Geralmente é encontrado em homem heterossexual, casado, que não objetiva mudança de sexo e mantém relacionamento sexual com outras pessoas.

Esse comportamento pode ser considerado patológico e passível de tratamento. Há também o travestismo homossexual, muito conhecido no Brasil.

Transexualismo

Transexualismo é a convicção pessoal de que se tem o corpo de determinado sexo biológico e a mente de outro, havendo a percepção pessoal de que nasceu "em corpo de sexo errado". Essa condição traz intenso sofrimento emocional.

DISFUNÇÕES E TRANSTORNOS SEXUAIS^{1,2,3}

As disfunções e transtornos sexuais são classificados em três grupos:

- a) Disfunções sexuais;
- b) Transtornos de preferências sexuais (parafilias);
- c) Transtornos de identidade sexual (ou de gênero).

© Todos os direitos reservados a Editora Atheneu Ltda.

DISFUNÇÕES SEXUAIS

No sexo feminino, as principais são vaginismo, dispareunia, transtorno orgásmico e transtorno da excitação sexual.

Vaginismo

Contração espasmódica e involuntária da musculatura do intróito da vagina, ocasionando dor. Geralmente está ligado a tabus ou experiências de violência sexual.

Dispareunia

Presença de dor na relação sexual, sendo mais da metade de etiologia orgânica como: patologias pélvicas, infecções e diminuição da lubrificação vaginal.

Transtorno orgásmico

Inibição do orgasmo, em geral decorrente de estímulos inadequados nas zonas erógenas, particularmente clitóris.

A presença de questões psicológicas, como depressão durante uma fase do ciclo sexual, também pode ocasionar o problema.

Transtorno da excitação sexual

Falta de excitação em diversos níveis do prazer durante ato sexual, indo até a frigidez.

No sexo masculino, a principal é a disfunção sexual causada por condição médica ou psicológica, que é dividida em outras, como exemplos: a ejaculação precoce, a disfunção erétil e a disfunção orgásmica.

Disfunção sexual: causada por condição médica ou psicológica que pode originar-se em diversas patologias ou questões psíquicas.

Ejaculação precoce: ejaculação persistente, ou recorrente, com estímulo sexual mínimo, antes, durante ou logo após penetração, mas antes do desejado.

Disfunção erétil: incapacidade para manter uma ereção suficiente para completar o ato sexual.

Disfunção orgásmica: conjunto de fatores que prejudica o ato sexual, entre eles, atraso na ejaculação e ausência dela, mesmo após fase adequada de excitação sexual.

TRANSTORNOS DE PREFERÊNCIAS SEXUAIS (PARAFILIAS)^{1,2,3}

São anomalias no comportamento sexual, repetitivas e intensas, com a presença de fantasias, atividades e/ou práticas sexuais, geralmente usando parceiros que não consentem as práticas.

Ocorrem em pessoas com dificuldades de formação de vínculos e para serem caracterizadas como tais, precisam ter duração de pelo menos seis meses.

Os principais transtornos de preferências sexuais são: a pedofilia, o exibicionismo, o fetichismo, o voyeurismo, o tranvestismo fetichista e o sadismo sexual.

TRANSTORNO DE IDENTIDADE SEXUAL (OU GÊNERO)

São anomalias que consistem na forte e persistente identificação com o gênero oposto e no sentimento de inadequação em relação ao seu sexo biológico.

Os principais transtornos de identidade sexual são o transexualismo, o transvestismo de duplo papel e o transtorno de identidade sexual na infância.

TRATAMENTOS

- Nas disfunções sexuais^{1,2}

Biológicos: medicações.

Psicoterapias: algumas modalidades são úteis.

Intervenções: tarefas e orientações sexuais.

- Nos transtornos de preferências sexuais^{1,2}

Biológicos: medicações.

Psicoterapias: algumas modalidades são eficazes.

Intervenções: em alguns países, usam-se psicocirurgias nos casos graves de pedofilia e exibicionismo.

- Nos transtornos de identidades sexuais^{1,2}

Biológicos: hormonoterapias (adultos).

Psicoterapias: são utilizados aconselhamentos (crianças e adolescentes) e psicoterapias (crianças, adolescentes e adultos).

Intervenções: cirurgias de transformação sexual caso a pessoa deseje (adultos).

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM^{3,4,5,6}

| PROBLEMAS DETECTADOS | AÇÕES |
|---|---|
| Comportamento sexual prejudicado pela ansiedade, resultante de julgamentos pessoais ou sociais | <ul style="list-style-type: none">– Possibilitar exposição de sentimentos. Abordar a questão dos preconceitos em relação à sexualidade.– Ensinar técnicas de controle da ansiedade. |
| Disfunção no desempenho sexual | <ul style="list-style-type: none">– Encaminhar para tratamento médico. |
| Comportamento sexual forçado, que não ocorre em âmbito privado ou sem consentimento das partes envolvidas | <ul style="list-style-type: none">– Procurar analisar com a pessoa que está sendo abusada o porquê de permanecer na situação.– Estudar junto com a mesma as alternativas para solução do problema. |
| Presença de transtornos de preferências sexuais | <ul style="list-style-type: none">– Orientar sobre comportamento sexual normal.– Orientar quanto aos prejuízos pessoais e a terceiros.– Encaminhar para tratamento médico. |
| Presença de transtorno de identidade sexual ou de gênero | <ul style="list-style-type: none">– Orientar sobre as possibilidades de tratamento.– Encaminhar para avaliação médica. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flaherty JA, Chapman N. Disfunções sexuais. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
2. Abdo CH (org). *Sexualidade humana e seus transtornos*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
3. Pearman SG. Respostas sexuais e transtornos sexuais. In: Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artemd, 2001.
4. Herron MJ, Herron WG. Adult relationships and sexuality. In: Varcarolis EM. *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
5. Taylor DA, Gary F. Sexual health and disorders of sexual functioning. In: Gary F, Kavanagh CK. *Psychiatric mental health nursing*. New York: JB Lippincott Company, 1990.
6. Cruz CA, Lino MA. Transtorno da sexualidade e doença mental. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. *Manual de Enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu, 1997.

36

Transtornos do hábito e impulso (jogo patológico ou compulsivo)

O JOGO PATOLÓGICO

Nos últimos anos, no Brasil, houve proliferação de estabelecimentos que exploram jogos como o bingo ou versões disfarçadas do videopôquer, particularmente nos centros onde existem estabelecimentos dedicados ao comércio do lazer.¹

As atividades ligadas ao jogo apresentam bom potencial para estimular o comércio e o turismo, porém estão associadas a maiores incidências de comportamento criminoso e transtorno do jogo patológico ou compulsivo.

O transtorno do jogo patológico foi reconhecido oficialmente em 1980, mas ainda não conta com a devida valorização médica e social. Pode começar em qualquer idade, mas seu início tem sido mais observado durante a adolescência.

Nos Estados Unidos, onde tem sido mais estudado, sabe-se que:

Cerca de 1,5% da população adulta apresenta sintomas em frequência e magnitude suficientes para formulação do diagnóstico de jogo patológico;

Cerca de 2,5% da população pode ser considerada como jogadora problemática;

A atividade relacionada ao jogo é crescente;

O jogo patológico é superado em prevalência apenas pelas dependências de álcool e tabaco;

O comportamento de jogar, nos últimos anos, tem aumentado entre os adolescentes.

O transtorno do jogo patológico pode ser acompanhado de comorbidades psiquiátricas que merecem investigação e tratamento concomitantes, visto que comprometem a evolução dos tratamentos nos jogadores.¹

FASES PERCORRIDAS PELO JOGADOR PATOLÓGICO

Sabe-se que a vida pessoal, familiar e financeira do jogador patológico é bastante prejudicada. Ele costuma percorrer as fases a seguir: ¹

- **Ganhos**

Caracterizado por um período inicial de sorte em que o jogador obtém vitórias freqüentes, fica excitado, aumenta as apostas de dinheiro. Ele acredita que é um jogador social excepcional. Essa fase pode durar meses ou anos.

- **Perdas**

Ainda caracterizada pela persistência de ganhos, enfatizando a convicção do jogador que possui sorte e habilidade especial para jogar.

- **Desespero**

Caracterizado por um otimismo irracional em relação ao jogo, com o jogador freqüentemente se vangloriando dos ganhos.

Jogar ocupa tempo considerável, seja no próprio ato, seja nas antecipações do momento de fazê-lo. Apostar quantia maior de dinheiro é a sua forma mais comum de jogar, nessa fase, com as perdas encaradas como reversíveis.

Jogar para recuperar os prejuízos, com senso de urgência que reduz sua habilidade, é um marco do aspecto patológico.

O jogador pede dinheiro emprestado sem preocupação, pois acredita que saldará as dívidas.

Ele pede ajuda financeira aos familiares e conhecidos para resolver problemas como divórcio, morte, perda de emprego e prisão.

Com a vida complicada, sem conseguir parar de jogar e cumprir compromissos, costuma ser excluído do círculo familiar e social.

Nessa etapa, emergem ansiedade, agitação irritabilidade e padrões de sono e alimentação irregulares. Finalmente, pode ocorrer a exaustão, a prisão e o suicídio. Poucos jogadores patológicos buscam ajuda e tratamento.

CARACTERÍSTICAS DO JOGADOR PATOLÓGICO

As principais características do jogador patológico são: ¹

- apresenta enorme preocupação com o jogo. Quer reviver experiências passadas, avaliar possibilidades de jogo, planejar a próxima parada e o modo de obter dinheiro para jogar;
- aposta quantias cada vez maiores, a fim de obter a excitação;
- tenta, repetidamente, controlar, reduzir e cessar o jogo;
- fica inquieto e irritado ao tentar diminuir ou parar de jogar;
- usa o jogo para fugir de problemas e de sentimentos como impotência, culpa, ansiedade e depressão;
- tenta recuperar o prejuízo. Após perder dinheiro no jogo, volta outro dia para ficar quite;
- mente para familiares, conhecidos e terapeuta para encobrir a extensão de seu envolvimento em jogo;
- comete atos ilegais para financiar o jogo: falsificação, fraude, furto e estelionato;
- perde relacionamentos significativos, emprego, estudo e profissão, por causa do jogo;
- recorre a outras pessoas, para obter dinheiro, para aliviar situação financeira desesperadora.

TRATAMENTOS

Ainda não se sabe quais tratamentos são realmente efetivos para o transtorno do jogo compulsivo. Uma abordagem multidisciplinar e abrangente parece ser indicada. Estudos e experiências apontam para os benefícios como:

Biológicos¹

A psicofarmacoterapia tem sido usada com relativo sucesso no tratamento dos jogadores compulsivos, com fármacos como carbamazepina, carbonato de lítio, clomipramina, fluoxetina e fluvoxamina sendo empregados.

Psicoterapias¹

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é usada para identificar e alterar crenças irracionais e superstições que cercam o ato de jogar. Objetiva combater principalmente pensamentos disfuncionais do tipo,

“as perdas não foram tantas assim e serão compensadas com as vitórias de amanhã” e “posso parar quando quiser.”

A psicanálise tenta compreender a organização narcisista da personalidade e mecanismos do jogador.

O psicodrama, assim como outras terapias de grupo, reforçam os elementos comuns das diversas dependências e destacam o comportamento patológico de jogar compulsivamente.

As terapias de casal e de família têm a finalidade de auxiliar na reestruturação dos relacionamentos do jogador através da compreensão do transtorno.

Técnica comportamental¹

A técnica comportamental da dessensibilização por imagem (DI) objetiva ensinar o portador a relaxar, controlar o desconforto crescente que surge quando não pode jogar e pensar em alternativas novas. O material é retirado de sessões anteriores realizadas com o paciente para analisar as situações típicas de recaída.

Em geral, propõe-se o exercício de imaginar uma situação que leva a pessoa a jogar e visualizá-la, por exemplo: “Você discutiu novamente com sua esposa, saiu de casa dirigindo seu carro, disse que ia ao clube jogar futebol, esqueceu seu celular, levou dinheiro para pagar a mensalidade. Você está triste porque ela lhe cobrou mais uma vez o conserto do carro que não tem dinheiro para pagar agora. Você passa em frente a um bingo onde decide estacionar e ver se algum conhecido seu está lá dentro. Você pensa também que se jogar só um pouco, e ganhar, pode resolver o problema com sua mulher”.

O terapeuta descreve essa situação lentamente, permitindo que o paciente a visualize e entre no clima emocional.

No momento crítico, quando o paciente, imaginariamente, está quase entrando na casa de jogo, o terapeuta introduz uma alternativa que, até então, não acontecia: “daí você se lembra que o dinheiro é para pagar a mensalidade do clube e que se perdê-lo sua família vai ter menos uma opção de lazer. Você vai a um telefone público e liga para um amigo que mora perto, convidando-o para jogar bola”.¹

Psicoeducação

Objetiva ensinar o paciente e a família sobre o transtorno, tratamento e manejo.

Grupo de auto-ajuda¹

O encaminhamento do portador para a instituição de auto-ajuda “Jogadores Anônimos” (JA), que usa o programa de reabilitação adaptado dos “Alcoólicos Anônimos”, doze passos, costuma ser muito útil.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM¹

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|---|---|
| Desconhecimento do transtorno mental e tratamento | <ul style="list-style-type: none">– Orientar sobre as características do transtorno.– Orientar sobre os prejuízos do jogo e tratamento proposto. |
| Dificuldade de vínculo | <ul style="list-style-type: none">– Estabelecer uma interação de confiança com o paciente. |
| Referência a dificuldade de controlar-se para não jogar | <ul style="list-style-type: none">– Ensinar a evitar situações de risco para jogar.– Ensinar a evitar situações facilitadoras, como carregar talões de cheque, cartão de crédito ou grandes quantidades de dinheiro. |
| Identificação de perdas financeiras com o jogo | <ul style="list-style-type: none">– Estimular a computar suas perdas financeiras: o que gastou na semana, no mês e no ano. Essa atividade, que muitas vezes não é responsabilizada pela má situação financeira, ajuda. |
| Identificação de perdas pessoais com o hábito de jogar | <ul style="list-style-type: none">– Estimular a computar suas perdas pessoais: de relacionamentos, oportunidades educacionais e profissionais. |
| Ocupação e lazer | <ul style="list-style-type: none">– Proporcionar atividades ocupacionais e recreativas que não estejam relacionadas ao ato de jogar. |
| Quebra do relacionamento com familiares | <ul style="list-style-type: none">– Estimular o relacionamento com familiares. |
| Terapias e encaminhamentos quando o paciente necessitar e aceitar | <ul style="list-style-type: none">– Aplicar Terapia Cognitiva.– Encaminhar aos Jogadores Anônimos (JA). |

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Tavares H. Jogo patológico e suas relações com o espectro impulsivo-compulsivo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000.

37

Estresse

O ESTADO DE TENSÃO (ESTRESSE)

O médico austríaco Hans Selye, que residia no Canadá, em 1936, propôs a concepção de estresse, partindo do princípio de que sintomas e situações como: ansiedade, antagonismo, exaustão, frustração, despreparo, excesso de trabalho, confusão, medo e outros podem provocar estado de tensão exagerado no organismo humano.¹

Algumas pessoas têm maior vulnerabilidade a esse estado, por fatores genéticos e psicológicos. O ambiente também contribui para o desencadeamento.¹

No mundo atual, sabe-se que as mudanças rápidas que ocorrem não permitem absorção de ritmos e significados pelos seres humanos.

Nas sociedades modernas, há o estímulo para competição excessiva, a pressão para o sucesso e o medo do outro, situações que causam estresse e afetam a saúde do ser humano.

No Brasil, as pesquisas revelam estresse bastante alto na população em geral, principalmente entre médicos, enfermeiros, policiais, professores e bancários.

Certo nível de estresse é normal e necessário ao organismo. Há desequilíbrio quando a tensão nervosa vai além de sua capacidade de enfrentamento. O organismo reage ao estado de tensão, percorrendo três estados: ¹

- Alerta

É quando o corpo se prepara para reagir às mudanças e situações de perigo, com liberação de hormônios na corrente sanguínea e presença

de sintomas como: transpiração, sensação de aperto no estômago e tensão muscular. Ex: quando a pessoa se assusta.

- Resistência

É quando o corpo consegue reparar os prejuízos causados pelos estímulos, mesmo que excessivos.

- Exaustão

É quando o corpo não está mais capacitado, por falta de tempo ou condição, a reparar os prejuízos causados por estímulos freqüentes e repetitivos.

As conseqüências são os problemas físicos e emocionais como: enxaqueca, hipertensão arterial, lombalgia, insônia e ansiedade.

ESTRESSORES

Os estressores são eventos e situações que desencadeiam o estresse. São enfrentados pelas pessoas com diferentes estratégias que aprenderam durante a vida. São classificados em externos ou internos ao organismo.¹

a) Internos

Os internos têm maior efeito em pessoas que costumam possuir características como:

- apresentam distorções cognitivas, como modo inadequado e ansioso para pensar e avaliar os eventos da vida;
- têm expectativas, fantasias e desejos, ilógicos e exagerados, que não são possíveis de serem realizados;
- reagem de modo exagerado, fisiologicamente, perante demandas;
- apresentam traços de perfeccionismo.

b) Externos

Os externos independem do organismo e têm origem no ambiente. Entre eles costumam estar violência social, guerra, falta de emprego e estupro. Existem grupos na população mais expostos a esse tipo de estressor.

TRATAMENTOS

Biológicos

Existe indicação de uso de fármacos, de acordo com condições pessoais e etiologia do estado de tensão.

Psicológicos

Algumas abordagens psicológicas podem ser úteis.

Outras intervenções

Atividades físicas, relaxamento muscular, ioga e outras atividades são consideradas suportes para o estado de tensão.

DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM²

| PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS | AÇÕES |
|--|--|
| Presença de problemas ou preocupações relevantes | <ul style="list-style-type: none">– Orientar a compartilhar problemas e preocupações com amigos, pessoas da família, professores e conselheiros. Diante de problemas mais graves, procurar ajuda profissional.– Orientar o envolvimento em problemas sociais, ou da comunidade, que desviam a atenção de problemas particulares e aumentam a auto-estima. |
| Diante de problema de difícil solução no momento | <ul style="list-style-type: none">– Orientar não tentar resolver um problema cuja solução está fora do alcance no momento, devendo esperar oportunidade melhor para resolução. |
| Presença de sentimentos de raiva, chateação e nervosismo | <ul style="list-style-type: none">– Reduzir a tensão através de:<ul style="list-style-type: none">a) Práticas de exercícios físicos, como: correr, caminhar, jogar tênis e trabalhar no jardim.b) Técnicas de relaxamento ou meditação.c) Tratamentos com psicoterapias. |
| Alimentação e sono | <ul style="list-style-type: none">– Orientar a manter alimentação e sono em níveis adequados. |

| | |
|--|--|
| Presença de muitas atividades ou tarefas que precisam ser realizadas | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar a estabelecer prioridades. – Orientar a organizar as tarefas em grupos. – Orientar a não assumir mais tarefas até terminar as já programadas, caso seja possível. |
| Falta de lazer e recreação | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar a criar hábito de lazer e recreação: ler livros agradáveis, pintar um quadro, mesmo que seja mentalmente, e ouvir música. – Orientar a descobrir atividades prazerosas. |
| Envolvimento em conflitos pessoais | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar a fazer concessões e tentar cooperação das pessoas em vez de constante confrontação. |
| Momentos de grande estresse ou angústia | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar a chorar e praticar respiração adequada como medidas relaxantes. |
| Abuso de medicação ansiolítica | <ul style="list-style-type: none"> – Orientar a evitar abuso de medicações para aliviar a tensão, pois são causadoras potenciais de dependência. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Selye H. Physiology and pathology of exposure to stress. Montreal, 1950.
2. Kopolow L. Uma conversa franca como lidar com o estresse. Publicação do DHHS (ADM), 87.502. Estados Unidos da América do Norte, National Institute of Mental Health, 1992.

38

O campo da responsabilidade criminal para a enfermagem

O PAPEL DO ENFERMEIRO

No Brasil, quando há portadores de transtornos mentais envolvidos em situações de criminalidade, enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental não costumam ser chamados para fazerem parte dos grupos de trabalho, uma vez que raramente esses profissionais têm conhecimentos na área do direito penal.

Nos últimos anos, algumas importantes organizações de saúde mental de nosso meio criaram a área forense, com grupos de estudo e ambulatórios para atender algumas situações, envolvendo portadores de transtornos mentais e criminalidade, fato que justifica a necessidade de os enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental passarem a estudar e compreender as questões da área.

CRIMINALIDADE E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O “Código de Hamurabi” é a primeira compilação de leis conhecida na história da humanidade. Em relação a pessoas ligadas à área da saúde e do direito, os primeiros a serem citados foram Imothep, que há três mil anos, no Egito, uniu leis à prática médica e uma parteira que participou como perita de um caso, há mil e oitocentos anos, na Babilônia.¹

Na antiguidade grega, Aristóteles reconhecia a importância do conhecimento das conseqüências da ação para que a pessoa fosse responsabilizada por ela, enquanto os judeus consideravam criminosa a intenção do ato para penalizar uma ação. Os romanos estabeleceram em 460 a.C.

que crianças eram legalmente incapazes e apontaram a necessidade de tutela para insanos.

Durante a Idade Média, na sociedade ocidental, pode ser citado Eduardo I (1272), Inglaterra, que dava tratamento legal diferenciado a pessoas com transtornos mentais. Ele tinha peritos especializados para avaliar cada situação.¹

O médico Paulo Zacchia, de Roma, é considerado o pai da psiquiatria forense, por ter publicado a obra “Questões médico-legais”.

No Brasil Imperial (1835), uma lei determinava que menores de 14 anos e alienados eram inimputáveis.¹

COMPORTAMENTO CRIMINAL

O comportamento criminoso consiste na atividade de praticar determinados crimes prejudiciais à sociedade, entre outros, roubo, furto, estupro, seqüestro, fraude e tráfico de drogas. Ele é considerado uma violação acentuada da ética, da lei e da moral.

Os estudos atuais apontam para causas biológicas, psicológicas e sociais, envolvendo o comportamento da pessoa criminosa.²

Biológicas: as causas biológicas são as genéticas, bioquímicas, neurológicas e psicofisiológicas.

Psicológicas: as causas psicológicas são entendidas com base em um conjunto de fatores identificados pelos estudiosos, que partem de algumas proposições para caracterizar o criminoso como: (a) um ser humano semelhante aos demais, diferenciando-se pela facilidade de passar ao ato do crime, (b) alguém que apresenta traços psicológicos que podem ser agrupados em um núcleo central e em variantes, (c) os traços psicológicos costumam ser agressividade, egocentrismo, labilidade e indiferença afetiva, ao passo que as variantes podem ser aptidões (física, intelectual e profissional) temperamento, razão aparente, e necessidades (nutritiva e sexual) e (d) personalidade do criminoso.

Sociais: as causas sociais apontadas como causadoras do comportamento criminal são, entre outras: exagerado crescimento demográfico, distribuição de renda desigual (superpopulação de marginalizados e aparecimento de favelas e conglomerados urbanos), desemprego, ócio da juventude, desestruturação do núcleo familiar, ineficácia no controle de tráfico de substâncias tóxicas e o alcoolismo.²

O comportamento criminoso pode ser basicamente dividido em dois grupos:

Ocasional: aquele no qual a pessoa cede às pressões de momento, geralmente apresenta baixa periculosidade e tem chance de reabilitação.

Habitual: aquele no qual a pessoa apresenta comportamento criminal recorrente e tem no crime o meio de vida.²

ABORDAGENS PROPOSTAS PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E CRIMINALIDADE

Os estudiosos da interface transtorno mental e criminalidade têm entendido que algumas abordagens são importantes para ajudar na prevenção da violência e da criminalidade, além de ajudarem a prestar uma boa assistência aos portadores de transtornos mentais envolvidos em atos criminosos.

- integrar áreas como biologia, antropologia, psicologia, medicina, direito e criminologia para estudar, compreender e montar estratégias de prevenção do comportamento criminoso;

- ter polícia científica com padrões internacionais, especializada na realização de exames criminológicos apurados;

- aprimorar a justiça criminal;

- reestruturar os institutos médicos legais;

- contar com a universidade como centro de estudo, com investigação científica das causas, propondo intervenção e prevenção do comportamento criminoso;

- manter trabalho em equipe multidisciplinar, com assistente social, psiquiatra, psicólogo, pedagogo e outros profissionais;

- atuar de maneira específica em situações que envolvam portadores de transtornos mentais, melhorando a qualidade das intervenções (psicoterapia forense, programa educacional, ocupacional e profissionalizante).²

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigonatti SP. Notas sobre a história da psiquiatria forense, da antiguidade ao começo do século XX. In: Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica. São Paulo: Vetor Editora, 2003.

2. Serafim AP. Aspectos etiológicos do comportamento: parâmetros biológicos, psicológicos e sociais. In: Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica. São Paulo: Vetor Editora, 2003.