



ENFERMAGEM NEUROPSIQUIÁTRICA

CURSO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA

ENFERMAGEM NEUROPSIQUIÁTRICA

Ementa: Prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo e família, preventivos e na crise, e como ajudá-lo a reintegrar-se na família e na comunidade.

SAÚDE MENTAL: Conceitos e objetivos; A saúde mental nas diversas fases da vida: infância, adolescência, vida adulta e velhice; Grupos de gestantes, adolescentes; Conceitos e objetivos enfermagem psiquiátrica.

DOENÇAS MENTAIS: Conceitos, sintomas, tratamento e cuidados de Enfermagem; Principais patologias psíquicas; Esquizofrenia: hebefrênica, paranóide, catatônica e esquizoafetiva; Psicose maníaco depressiva.

SUMÁRIO

História da Psiquiatria	4
Psicopatologia.....	19
Funções Psíquicas.....	20
Transtornos Psíquicos	27
Classificação e Avaliação Psiquiátrica	63
Avaliação Psiquiátrica	64
Tratamento em Psiquiatria	65
Intervenção de Crise	67
Psicoterapia de Grupo	68
Terapia Familiar	68
Terapias Medicamentosas	69
Identificação projetiva	77
Psicoterapia Institucional.....	83
Comunidade Terapêutica	83
Psiquiatria de Setor	84
Psiquiatria comunitária (Desinstitucionalização).....	84
Psiquiatria Democrática	85
Política Nacional de Saúde Mental.....	89
Atenção em nível ambulatorial	90
Unidades Básicas de Saúde	91
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	91
Pesquisas nos CAPS	96
Congresso Brasileiro de CAPS	97
Panorama Atual da Saúde Mental no Brasil	106
Referências.....	158

História da Psiquiatria

Os primeiros hospitais psiquiátricos

As instituições para loucos, no decorrer da história, receberam diversas denominações, tais como hospícios, asilos, manicômios, hospitais psiquiátricos; mas independente do nome como eram conhecidas, todas elas tinham a mesma finalidade: esconder o que não se desejava que fosse visto.

As primeiras instituições com a finalidade de esconder aquilo que não se queria mostrar datam do século XV, iniciadas na Europa, particularmente na Espanha em Zaragoza, e na Itália em Florença, Pádua e Bérgamo.

Vale ressaltar que muitas bibliografias apontam o primeiro hospício como sendo o fundado pelo Frei Jofré, em Valência, na Espanha, em 1410. Na verdade, esta instituição não passava de um hospital geral com caráter de albergue para pobres.

No século XVII os manicômios abrigavam além dos doentes mentais também os demais marginalizados da sociedade, que igualmente perturbavam a ordem social, dentre os quais se citam os mendigos, desempregados, criminosos, prostitutas, doentes crônicos, alcoólatras e pessoas sem domicílio. E o enclausuramento coletivo destas pessoas, consideradas incômodas à sociedade, ocorreu no intuito de esconder a miséria que era gerada pela desordem social e econômica da época. O cuidado, nestas instituições era prestado por religiosas que almejavam o perdão de seus pecados.

Com essa mistura de doentes e não-doentes, estes locais tornaram-se depósitos de marginalizados, que excluídos e enclausurados, não eram cidadãos.

Mas com a nova ordem social que se instalava, era preciso uma nova conceituação da loucura e, principalmente, de suas formas de atendimento. A partir desta nova concepção social de loucura, a clausura deixa de ser sinônimo de exclusão e passa a assumir um caráter terapêutico: era necessário isolar o paciente em locais adequados – nos manicômios – afastando-o do meio que gerava os distúrbios. Era o início do tratamento alienista, o tratamento moral. O movimento

alienista tinha como principais elementos de tratamento o isolamento e o tratamento moral. Pinel, Esquirol, Ferrus são alguns representantes do movimento alienista, iniciado no século XVII.

O tratamento moral baseava-se em terapias afetivas e psicopedagógicas, permitindo o diálogo entre o médico e o doente. E o isolamento era considerado terapêutico.

Philippe Pinel



Philippe Pinel nasceu em 1745 e faleceu em 1826, na França. Filho de médico formou-se em medicina em 1773. Em 1792 Pinel tornou-se o médico chefe do asilo para homens Bicetrê, em Paris, onde desenvolveu uma nova forma de tratamento aos pacientes, que muitos autores atualmente consideram como a primeira reforma da psiquiatria.

Uma das principais atitudes que Pinel teve foi separar os doentes mentais dos demais marginalizados, isolando estes doentes para realizar o tratamento.

Isso demonstrou que havia distinções entre doente e não-doente, diferente do que se podia pensar antes, quando todos enclausurados tinham os mesmos adjetivos e eram aglomerados no mesmo espaço.

Na época, os doentes além de confinados eram também acorrentados como precaução contra fugas e agressões. Pinel os libertou das correntes para que eles experimentassem a liberdade de poder caminhar naquele pequeno espaço da cela. Outra ação pioneira deste médico diz respeito ao uso apenas da camisa-de-força durante as crises de agitação e violência. Além da utilização deste recurso, rotineiramente eram utilizadas também as correntes e imobilizações.

Pinel estava à frente de sua época. Apesar destas formas de tratamento parecerem absurdas e violentas para os dias de hoje, para o século XVIII eram

consideradas como “avançadas”. E Pinel buscava uma nova forma de tratamento que não maltratasse tanto o paciente.

A ideia inicial de Pinel sobre o isolamento do doente mental pode ser considerada como razoável, pois separou os doentes dos demais e ofereceu tratamento, que para a época foi satisfatório.

O problema do isolamento iniciou-se a partir do longo período de tempo que o doente passava internado, afastado da família e da sociedade. Este fato desencadeou um processo de exclusão e estigmatização do doente mental, ou mais popularmente, do louco.

O número de marginalizados também foi aumentando com o passar dos anos, o que causava uma superlotação naqueles depósitos.

Esquirol



Esquirol nasceu em 1772 e faleceu em 1840. Conheceu Pinel em 1799, em Paris. E também foi um dos atuantes reformadores das instituições psiquiátricas da época.

Fundou o primeiro curso para tratamento das enfermidades mentais.

Lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França.

Em 1827 adquiriu uma grande propriedade onde criou uma casa de saúde para os alienados, nas condições que ele julgava adequadas e necessárias.

O trabalho de Esquirol teve grande influência na criação do Hospício de Alienados Pedro II, no Brasil.

Início das instituições hospitalares no Brasil

A loucura no Brasil só começa a ser objeto de intervenção do Estado a partir da chegada da família Real. Então, muitas mudanças ocorrem no período que

segue, exigindo um controle efetivo sobre o crescimento da sociedade. Dessa forma, a medicina, enquanto mecanismo reordenador do social passa a desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira.

O tratamento oferecido aos loucos era de péssima qualidade. Os doentes mentais ficavam sob a responsabilidade das santas casas de misericórdia, sendo abrigados em porões. O atendimento oferecido não incluía cuidados médicos, visto que a principal finalidade era fornecer abrigo, alimento e cuidados religiosos aos alienados. Era necessário reestruturar o atendimento prestado a estas pessoas.

Em 1830, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. Sendo assim, os loucos passaram a ser reconhecidos como doentes mentais, e como tal mereciam um espaço próprio para tratamento e recuperação. Assim, a medicina reivindicava os espaços para tratar a doença mental, e solicitava a abertura de instituições específicas para esta clientela, com o lema: “Aos loucos o hospício!”. Isso ocorreu na intenção de que os loucos, de fato, tivessem o direito a tratamento médico e a cuidados de saúde.

Na intenção de expor uma posição crítica da classe médica e entendendo a clausura como forma de tratamento, foi iniciada a luta pela abertura dos hospitais psiquiátricos. O isolamento de Pinel ainda permanecia em voga, sendo compreendido como uma boa e adequada terapêutica.

Este movimento pela criação de instituições específicas para doentes mentais resultou na instalação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Este foi inaugurado em 1852, durante o Segundo Reinado, denominado Hospício de Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro. Posteriormente, por seu grande porte e pelas decorações de luxo que possuía ficou conhecido como “palácio dos loucos”. E no período de 1852 a 1886 muitas instituições psiquiátricas foram criadas em todo território nacional, devido à necessidade de atender a esta demanda.

Vale aqui apresentar alguns nomes importantes deste período.

João Carlos Teixeira Brandão

Teixeira Brandão, como era mais conhecido, era médico, e foi considerado um dos primeiros alienistas do Brasil.

Em 1883 ele assumiu a direção do Hospício de Alienados Pedro II, onde entrou em confronto com o poder das freiras e com a administração.

Teixeira Brandão foi um dos grandes responsáveis pela desanexação do hospício da Santa Casa de Misericórdia.

Com este evento de desanexação o hospício passou a chamar-se Hospício Nacional de Alienados. Então, em 1904 ele fundou a Escola Alfredo Pinto, a primeira a formar enfermeiros no país.

Em 1902 tornou-se deputado federal e elaborou a primeira lei de assistência aos alienados (decreto 132, de 23 de dezembro de 1903). Neste ano de 1902 também deixou o hospício para dedicar-se à política.

Teixeira Brandão faleceu em 1921.



Juliano Moreira

Juliano Moreira nasceu em 1872, em Salvador.

Concluiu o curso de Medicina em 1891, aos 19 anos.

Em 1903 assumiu a direção do Hospício Nacional de Alienados, cargo em que permaneceu por 27 anos. Durante este longo período, fez muitas transformações no hospício.

Incinerou as camisas-de-força; abriu espaços para diálogo com os pacientes; criou sessões e pavilhões; separou as crianças dos adultos e homens de mulheres; criou lugares para epiléticos e tuberculosos. Afirmava que com enfermeiros preparados era possível reduzir pela metade o número de pacientes que se tornavam crônicos. Foi um grande reformador da instituição em si, melhorando, dentro do possível, a qualidade do atendimento prestado ao doente mental.



Juliano Moreira faleceu em 1933.

Mais tarde, em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM, durante o primeiro período do governo de Getúlio Vargas. Nesta época cerca de 80% dos leitos psiquiátricos concentravam-se em hospitais públicos como São Pedro no Rio Grande do Sul, fundado em 1884, e Juqueri em São Paulo, fundado em 1898. Estes hospitais eram tidos como o eixo orientador da assistência psiquiátrica. Assim estava consolidada a política macro-hospitalar pública como a principal intervenção sobre a doença mental.



Figura: Hospital Psiquiátrico São Pedro Fonte: <www.saude.rs.gov.br> Figura: Hospital Psiquiátrico Juqueri Fonte: <www.adhemar.debarros.nom.br>

Em 1946, conforme o decreto lei 8.550 que autorizava a realização de convênios com o governo estadual para a criação de hospitais psiquiátricos, houve grande e rápido crescimento dessas instituições em vários estados. Na tentativa de afastar a loucura, a maioria destas instalações eram extremamente distantes das zonas urbanas.

O incentivo dado à criação dos hospitais psiquiátricos resultou na exclusão dos doentes mentais da sociedade, os quais eram abandonados nesses locais por suas famílias. Muitas das pessoas hospitalizadas tornaram-se moradoras dos hospitais em virtude dos longos anos de isolamento social e também da

dependência de serviços como abrigo e alimentação impostos pelas suas condições. Estas pessoas já haviam perdido a família, a rede de apoio social (quando existente) e inclusive sua própria vida.

Nos anos 50, 60 e 70, durante o regime militar, o governo instituiu uma política de privatização dos hospitais psiquiátricos, terceirizando a assistência, deixando de conceder assistência direta através dos hospitais públicos. Este período foi denominado indústria da loucura. As pessoas que tinham acesso ao poder e à economia (médicos, empresários, políticos) passaram a ser proprietários de hospitais psiquiátricos. A partir disso, aconteceu um movimento de internação indiscriminada e até sem indicação, porque hospital sem doente não gera lucro.

A indústria da loucura pode ser identificada nos dias atuais, porém em menor escala e também mais disfarçadamente. Este disfarce talvez se deva ao processo de reformulação da assistência psiquiátrica vivenciada na atualidade.

Os hospitais psiquiátricos

Os hospitais psiquiátricos geralmente são instituições de grande porte, que atendem homens e mulheres com transtornos mentais e dependência química, em alas / unidades separadas. O número de leitos varia, numa média de 500 / 1000 a

3000 / 3500, podendo ultrapassar esses valores. Trazemos como exemplo os dois hospitais anteriormente mencionados.

Atualmente o número de leitos varia entre 250 / 300 a 550 / 600, em conformidade com a política nacional de redução de leitos.

Tabela – Números de leitos em dois hospitais psiquiátricos

			Ano	Número de leitos
Hospital Pedro	Psiquiátrico	São	1960	5.000
			2007	470

Hospital Psiquiátrico Juqueri	1981	4.200
	1998	1.411
	2005	654

O período de permanência na instituição hospitalar também é variável, indo de dias até meses e anos, dependendo da sorte ou do azar do paciente. O dia da alta é indefinido, o que impossibilita a elaboração de um projeto de vida. A noção de tempo dentro da instituição é perdida, reconhecendo-se apenas os rígidos horários da higiene, da alimentação, do repouso e da medicação. Sabe-se das transformações das condições hospitalares, mas ainda identificamos essas situações nesse espaço.

A assistência é baseada principalmente na terapia medicamentosa abusiva, que aponta dois aspectos distintos, mas interligados. Um dos aspectos é a questão da lucratividade com o uso de medicação, o que demanda que o paciente permaneça mais tempo internado. E o segundo ponto a sedação do paciente, que o impossibilita de realizar atividades, por exemplo, e reforça o afastamento da sociedade.

Anteriormente não era oferecida nenhuma atividade ao doente e este passava os dias caminhando, divagando, conversando, alucinando, delirando. Hoje, em alguns hospitais, há oficinas de trabalhos manuais, música, entre outros.

O contato com os profissionais de saúde era restrito às consultas, basicamente médicas, e à administração de medicamentos. Agora já se tem experiências em grupos (geralmente separados por transtornos mentais), de atendimentos individuais realizados por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais.

A família, na ótica hospitalar é, muitas vezes, encarada como a culpada pelo transtorno, pela doença. E isso faz com que os profissionais de saúde não a considerem no tratamento, impondo-lhes o papel de simples informante. Hoje já é consenso que as famílias atuam de maneira fundamental na evolução do seu

familiar durante o tratamento, na medida em que recebem o apoio e o suporte adequados. O investimento na participação da família durante a internação está ocorrendo de forma que haja uma resposta efetiva, refletida na recuperação do doente. Mas ainda é um processo lento.

As visitas no hospital psiquiátrico ocorrem, em geral, somente após o décimo quinto dia de internação, ainda com a ideia de que o meio familiar, especialmente, e o meio social, são os desencadeadores da doença. O visitante não possui livre acesso à instituição, sendo definidos dias e horários de visitas. Muitas vezes são horários difíceis para as pessoas que trabalham, por exemplo, às 15 horas. A pessoa que visita permanece em um espaço restrito, não podendo circular nas dependências do hospital. Em alguns hospitais psiquiátricos de hoje é possível que o paciente tenha direito ao passeio: passa alguns dias (geralmente 3) com a família e retorna à instituição, com o intuito de preparar o paciente, a família e a comunidade para a alta hospitalar.

A “coisificação” do paciente internado, conforme traz Basaglia, é uma marca bastante forte no hospital psiquiátrico. Coisificação no sentido de que o paciente perde sua identidade: não é reconhecido como um ser humano, uma cidadão, mas sim como um diagnóstico, um código (CID), porque lá dentro todos são iguais, ou seja, apenas doentes mentais.

Erving Goffman em seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos* (2003) apresentou como é viver em um manicômio sob a ótica do paciente. O autor se institucionalizou: permaneceu por um ano, de 1955 a 1956, realizando um trabalho de campo dentro de um hospital psiquiátrico em Washington que continha um pouco mais que 7.000 internos. Ele buscava a proximidade com os doentes mentais, não se preocupando com as questões técnicas e médicas, não possuindo nem mesmo as chaves para sair de lá. O objetivo de seu trabalho foi conhecer o mundo social do paciente internado, tendo em vista que esse mundo é subjetivamente vivido por ele. A direção da instituição tinha conhecimento de seus objetivos e ele não estava oficialmente internado. Com este trabalho pôde verificar que o hospital psiquiátrico representa para aquele grupo de pessoas doentes mentais abrigo, lazer, trabalho, família, sociedade. A isto Goffman denominou instituição total, ou seja, a pessoa

desenvolve todos os tipos de atividades num mesmo espaço físico, estando em situação semelhante aos demais, separada da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada. No caso dos doentes mentais, esse espaço é o hospital psiquiátrico; no caso dos encarcerados é a prisão; e no caso dos religiosos, é o convento.

Nessas instituições totais as pessoas deitam e levantam ao mesmo horário, comem a mesma comida, usam a mesma vestimenta (uniforme), realizam as mesmas atividades de lazer, cumprem rígidos horários e normas, e são tratados da mesma forma. E ainda, no caso dos doentes mentais, tomam a medicação no mesmo horário. Essas atitudes de uniformização geram a perda da individualidade, acompanhando o processo de coisificação, supracitada. O individual não é observado, somente o coletivo, pois a lógica é: todos estão na instituição pela mesma condição (são loucos, são prisioneiros ou religiosos), então devem receber o mesmo tratamento. Ainda no caso do louco, o que importa é a patologia e seu conjunto de sintomas. A nocividade social gerada pelo hospital psiquiátrico fez com que muitas pessoas morressem socialmente estando vivas biologicamente.

Os hospitais psiquiátricos hoje

Como já vimos no decorrer do texto, algumas mudanças tem sido realizadas nos hospitais psiquiátricos. Em alguns locais, no momento da internação, o paciente não é mais obrigado a deixar todos os seus pertences pessoais com os familiares. Pode permanecer com aqueles que não representam risco de vida como relógios, pulseiras, brincos, as próprias roupas, visto que em muitos lugares não se utiliza mais o uniforme.

Outra mudança observada em alguns locais é a convivência entre homens e mulheres. As alas são separadas, mas há espaços em comum a ambos os sexos. Isto favorece o seu reconhecimento enquanto homem ou mulher, permitindo

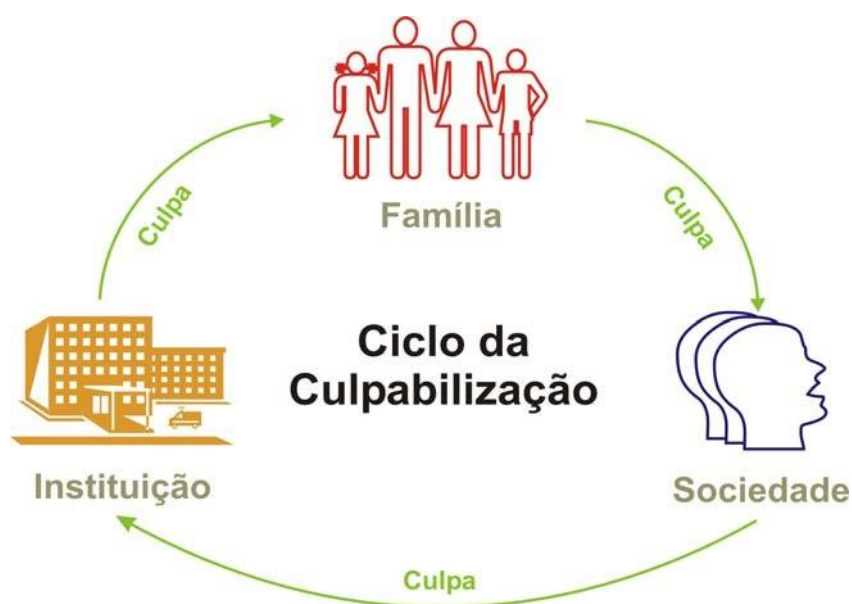
relacionarem-se entre si.

Reconhece-se a transformação da instituição hospitalar, mas no ponto mais crítico do tratamento o hospital não apresentou nenhuma mudança ou avanço: continua segregando, excluindo e estigmatizando o doente mental. As mudanças que têm ocorrido somente são observadas no interior da instituição; a sociedade não percebe essas mudanças. Então a imagem do paciente psiquiátrico como louco, perigoso e incapaz ainda é muito presente, persistindo a antiga ideia do isolamento.

Não há ações efetivas no hospital psiquiátrico de reinserção na sociedade, de retorno do paciente ao seu meio familiar e social. Tanto isso é verdade que o número de reinternações é muito elevado, mostrando e reafirmando a ineficiência deste modelo excludente.

Chegamos ao momento de repensar essa prática que não vê o paciente como o ator principal e, por isso, não o valoriza enquanto beneficiário do sistema. As ações desenvolvidas devem atender às necessidades do paciente e não ser aquelas que a equipe, a sociedade e a instituição determinam que sejam importantes e suficientes.

Vivemos um ciclo vicioso de culpabilização pela doença mental, como representa a figura.



Figura– Ciclo da Culpabilização

A instituição diz que a pessoa está doente porque a família a adoeceu, não a cuidou adequadamente. A família, por sua vez, diz que a culpa é da sociedade, que exclui o doente, não lhe dá oportunidades, não o compreende. E a sociedade responsabiliza o hospital psiquiátrico, culpando-o por sua forma de tratamento que deixa as pessoas piores do que estavam. E nenhum deles enxerga uma pessoa doente, somente uma doença.

E nesse jogo de “empurra-empurra” não se percebe que não há um culpado, mas que a responsabilidade pelo doente mental, seu tratamento e sua melhora é de todos. É mais fácil encontrar um culpado do que assumir a responsabilidade. Responsabilidade esta que inclui profissionais de saúde, instituições, família, sociedade e o próprio doente. Essa é a ideia que deve ser assimilada para que tenhamos ações efetivas em prol de todos, e especialmente do doente mental.

Ainda utilizam-se os serviços do hospital psiquiátrico como forma de tratamento em virtude de que a política nacional de saúde mental, que propõe a mudança de paradigma, ainda não está implantada em sua totalidade. Hoje estamos vivenciando a fase de transição do modelo asilar para o modelo psicossocial e por isso há essa dualidade de serviços funcionando simultaneamente, apesar de suas extremas diferenças.

O hospital psiquiátrico ainda é campo de estágio da prática de muitas instituições de ensino da área da saúde. O hospital se aproveita do seu caráter de instituição de ensino para se manter em funcionamento. Mas será que o que se aprende dentro desta instituição não pode ser ensinado em outros locais? Talvez não, pela “política do saber” que permeia o hospital psiquiátrico. Há uma forte tendência destas e também de outras instituições em destacarem-se como centros de excelência e formação, o que fortalece a permanência deste tipo de instituição¹⁷.

Dados do Ministério da Saúde de 2005 revelaram que havia no país 42.036 leitos psiquiátricos e 228 hospitais psiquiátricos¹⁸. Com o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, instituído pela Portaria nº52 de 20 de janeiro de 2004, a tendência desses números é diminuir. A

premissa básica desse programa é a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos na medida em que os serviços substitutivos possam atender adequadamente a esta demanda.

A qualidade dos serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos fica a cargo do Programa Nacional de Avaliação de Hospitais Psiquiátricos (PNASH - Psiquiatria). O PNASH – Psiquiatria avaliou, em 2003/ 2004, 168 dos 234 hospitais psiquiátricos existentes no período no país. O resultado mostrou que 26 deles obtiveram o conceito Bom; 83 (maioria) Regular; 52 Insatisfatório; e 05 Péssimo¹⁹. Estes resultados mostram o quanto o atendimento nas instituições hospitalares psiquiátricas é precário e deixa a desejar.

O roteiro para a avaliação de hospital psiquiátrico, elaborado pelo Ministério da Saúde (2003) encontra-se como anexo.

A cultura e a loucura

A maneira de lidar com a loucura, a forma de tratamento dispensada a ela e sua aceitação ou não são muito influenciadas pela cultura.

Um conceito de cultura se faz necessário para entendermos sua influência sobre a loucura. As culturas são constituídas de um conjunto de padrões de comportamento os quais são transmitidos socialmente. Os mesmos servem para adaptar as comunidades humanas aos seus fundamentos biológicos. Esses fundamentos refletem no modo de vida das comunidades, incluindo, tecnologias, modo de organização econômica, organização política, padrões de estabelecimento, de agrupamento social, crenças e práticas religiosas (Kessing apud Laraia, 2002²¹). A cultura é uma construção social que vai interferir na sociedade.

A partir disto, entende-se porque a loucura e a doença mental foram entendidas de diferentes formas durante a história.

Hipócrates (460-377 a.C.) numa visão organicista, compreendia a doença mental como uma alteração ou mesmo uma patologia cerebral desencadeada por um desequilíbrio dos humores básicos como sangue e bÍlis.

Platão (429-347 a.C.) considerava que a perda da razão era uma doença da

alma, e que uma das formas dessa doença era a loucura. Dessa forma, a loucura era entendida como um desarranjo na ordenação do sistema da alma. Por isso ele mencionava que as alterações mentais dependiam de três partes: a orgânica (doença), a ética (comportamento inadequado que gerou a perda da razão) e a divina (a loucura é uma doença da alma)²².

Galeno (130-200 a.C.) afirmava que a doença mental poderia ter origem orgânica ou psíquica e considerava que a saúde dependia do equilíbrio entre o racional e irracional.

Eram concepções bastante amplas para a época, já considerando aspectos psicológicos como parte da doença mental, mesmo com o conhecimento mais restrito.

A partir dos séculos XIV e XV o entendimento sobre doença mental mudou radicalmente, sendo associado às bruxarias ou pactos com o demônio. Era o domínio da igreja. O “tratamento” ocorria em mosteiros, sob o jugo dos religiosos.

Com o passar dos anos o tratamento foi se tornando mais rígido, embasado na ideia de aliança satânica, as possessões. Os clérigos realizavam o exorcismo e queimavam as pessoas para obter a “purificação”. Muitas pessoas foram mortas em grandes fogueiras em praça pública, vítimas da hegemonia da igreja e da cultura da época.

Nos séculos XV, XVI e XVII muitas instituições para loucos foram criadas, tendo como cuidadores ex-presidiários, cuja principal ferramenta de trabalho era o chicote, sendo auxiliados por cães. O tratamento era à base de violência e humilhação. Nos dias de festas, se cobrava uma irrisória ‘entrada’ para ver os loucos enjaulados, exibidos como ‘troféus’, tornando-se a diversão da cidade. A loucura era vista como uma coisa cômica, engraçada, desrespeitando a pessoa doente.

O conceito atual de doença mental, culturalmente construído de acordo com o modelo biomédico predominante, consiste em um desequilíbrio psíquico que pode se manifestar por meio de sinais e sintomas, dificultando o desenvolvimento da vida cotidiana da pessoa em sofrimento psíquico. O médico trata a doença mental, independentemente de ela fazer parte de um corpo social.

A Antropologia Médica vem procurando demonstrar que a aflição, a doença e

o corpo são realidades imersas em domínios culturais e contextos sociais específicos. “Qualquer que seja sua natureza, seu substrato biológico ou psicológico, a doença se integra à experiência humana e se torna objeto da ação humana como uma realidade construída significativamente”²³. Para a antropologia a enfermidade não é apenas uma entidade biológica, mas é também experiência que se constitui e tem sentido na interação entre indivíduos, grupos e instituições, e que as respostas aos problemas surgidos com a doença remetem a um mundo de práticas, crenças e valores²⁴.

O surgimento de uma doença mental é uma situação problemática que envolve um complexo processo social para se lidar com ela. Tal processo inicia-se pelo indivíduo em sofrimento e se desencadeia pelos membros de suas redes de relações/ apoio. A doença mental pode ser pensada tanto como um fenômeno individual, quanto um fenômeno da rede social. As redes sociais do indivíduo influenciam na definição da situação, na percepção de que algo está errado, nas escolhas relacionadas com a cura e na avaliação dos resultados das ações terapêuticas. Ao lidar com um problema mental a rede social pode ser reafirmada, criada ou destruída, além de poder modificar a trajetória da vida social do indivíduo em sofrimento e dos que estão ao seu redor²³. Assim, doença mental não é somente biológica, mas social.

Normalidade x anormalidade

As definições de normalidade bem como a de anormalidade são variáveis, dependendo da sociedade.

Do ponto de vista social esses dois conceitos estão baseados nas crenças de determinada comunidade sobre aquilo que considera ideal para uma pessoa conduzir sua vida em relação aos outros.

Muitas são as normas sociais adotadas por diferentes culturas para indicarem a adequação conforme a faixa etária, o gênero, a profissão e a categoria social.

A normalidade abrange não só o comportamento da pessoa como também sua vestimenta, suas atitudes, corte de cabelo, gostos, expressões faciais,

vocabulário que utiliza e a apropriação de contextos e relacionamentos sociais. Aqueles que não obedecem às regras culturais estipuladas são vistos como distintos, engraçados ou até mesmo perigosos.

Em algumas culturas (africanas especialmente) há a crença de que pessoas são possuídas por espíritos, sendo uma atitude culturalmente definida como anormal; porém não é qualquer pessoa que pode ser possuída, pois isto é rigorosamente controlado pelas normas culturais da mesma forma como a circunstância da possessão, o modo e a maneira de comunicação que se dará.

Então, normalidade e anormalidade são comuns a todas as sociedades. O extremo descontrole de comportamento é considerado como um problema social importante, independente da cultura.

Finalizando a reflexão

Apenas gostaria de ressaltar que as práticas desenvolvidas no hospital psiquiátrico são excludentes e induzem à cronificação das pessoas. Os modelos substitutivos de atenção em saúde mental compreendem o doente / paciente enquanto cidadão, e por isso buscam sua autonomia e legitimidade. Porém, não se pode esquecer que enquanto esses serviços substitutivos não estiverem absolutamente consolidados, não se pode simplesmente fechar as portas do hospital psiquiátrico e deixar o doente e sua família sem auxílio. As atitudes devem ser conscientes e direcionadas ao melhor para o paciente. O que seria melhor: ter atendimento no hospital psiquiátrico ou não ter atendimento algum?

É claro que as ações dentro do hospital psiquiátrico também podem melhorar, e muito. E esta também é uma luta, assim como efetivar a Reforma Psiquiátrica, enquanto os hospitais se mantêm em funcionamento.

Psicopatologia

Psicopatologia é uma palavra de origem grega, sendo definida como o estudo das doenças mentais no que se refere à sua descrição, classificação, produção e evolução, servindo de base à escolha da psicoterapia a ser adotada^{1,2}.

Inicialmente é necessário conhecer as funções psíquicas que constituem o ser humano. A avaliação das funções psíquicas tem sido altamente utilizada na área da enfermagem por sua grande importância na avaliação e no planejamento da assistência em saúde mental.

Funções Psíquicas

Consciência

É onde se desenvolvem todos os processos mentais, tais como sensações, pensamentos e emoções em certo instante. Utiliza-se o termo lucidez para conceituar o estado normal de consciência.

As principais alterações da consciência constituem-se em:

- **Desorientação:** perturbação da orientação referente ao tempo, local ou pessoas;
- **Obnubilação:** pensamento pouco claro, com perturbação na percepção e atitudes. Caracterizado pela lentidão de compreensão, alteração do curso do pensamento, certo grau de desorientação e pouca sonolência;
- **Sonolência:** sedação anormal, na qual a pessoa desperta ao receber estímulos;
- **Estupor ou torpor:** falta de reação e de consciência com relação ao ambiente, em que a pessoa desperta apenas com estímulos dolorosos intensos, os quais cessando, a pessoa volta ao estado de inconsciência;
- **Coma:** é o grau mais intenso de inconsciência. A pessoa não é capaz de despertar sob estímulo algum;

-
- **Estado crepuscular:** consciência perturbada por alucinações e delírios, e quando retorna ao estado de consciência normal, não recorda do acontecido ou tem dificuldade para fazê-lo;
 - **Estupor depressivo ou catatônico:** a pessoa encontra-se desligada do contato com o mundo externo, mantendo-se imóvel, com o olhar fixo.

Atenção

Atenção é a concentração da atividade psíquica sobre os estímulos que a solicitam. Dentre as alterações da atenção, destaca-se:

- **Hipovigilância:** diminuição da capacidade de estar atento a novos estímulos;
- **Hipervigilância:** sensibilidade excessiva para novos estímulos;
- **Distratibilidade:** incapacidade de concentração da atenção, a qual é desviada para estímulos irrelevantes;
- **Desatenção seletiva:** bloqueio dos estímulos que geram ansiedade ou aflição;
- **Hipotenacidade:** dificuldade de manter-se fixado a um mesmo estímulo;
- **Hipertenacidade:** atenção excessiva a determinado estímulo.

Sensopercepção

É a função mental que possibilita a tomada de conhecimento sobre o ambiente e o próprio corpo.

Dentre as alterações de sensopercepção relacionam-se:

- **Ilusões:** percepção errônea de estímulos sensoriais externos reais, ou seja, há deformação do objeto real;
- **Alucinação:** percepção sensorial falsa não associada a estímulos reais, isto é, a pessoa percebe como real algo que não existe. Podem ser auditivas, táteis, visuais, olfativas, gustativas, cinestésicas, cenestésicas ou negativas;

-
- **Pseudoalucinação:** a pessoa percebe algo que não existe, mas tem noção de que sua experiência não corresponde à realidade;
 - **Deslocamento da qualidade sensorial:** quando há troca de qualidades sensoriais, por exemplo: “ver vozes”.

Orientação

Trata-se da capacidade da pessoa em situar-se com relação a si mesma e ao ambiente, no tempo e no espaço.

As principais alterações que envolvem a orientação são:

- **Desorientação delirante:** desorientação resultante de um pensamento delirante;

Dupla orientação: a orientação anormal coexiste juntamente com a orientação normal;

- **Desorientação apática:** a pessoa está lúcida e percebe com clareza e nitidez tudo que se passa à sua volta, porém não tem interesse por si e nem pelo que se passa à sua volta;
- **Desorientação amnésica:** é a incapacidade da pessoa em fixar os acontecimentos e de orientar-se no tempo, no espaço e em suas relações;
- **Desorientação amencial:** ocorre quando da turvação da consciência;
- **Desorientação oligofrênica:** desorientação em virtude da deficiência de inteligência.

Memória

Consiste na capacidade de adquirir, reter e utilizar uma experiência vivenciada. Possui três fases:

1. **Fase de fixação e conservação:** a experiência vivenciada é armazenada e mantida no psiquismo;
2. **Fase de evocação:** a vivência é rememorada da fase latente; e

3. **Fase de reconhecimento:** a memória é identificada e há uma atualização da experiência vivenciada.

As principais alterações de memória são:

- **Amnésia:** incapacidade total ou parcial para recordar experiências passadas. Pode ser de origem orgânica ou emocional;
- **Paramnésia:** falsificação ou ilusão da memória pela distorção da recordação;
- **Hipermnésia:** grau exagerado de retenção e recordação de experiências passadas.

Inteligência

A inteligência refere-se basicamente à totalidade das habilidades cognitivas da pessoa.

Basicamente, são dois grupos de patologias que apresentam alterações de inteligência: a demência, na qual o déficit intelectual é involutivo (inicia após a pessoa ter alcançado um determinado nível de inteligência) e o retardo mental, em que o déficit ocorre pela interrupção do processo de desenvolvimento.

Afetividade

Caracteriza-se pela capacidade de experimentar sentimentos e emoções frente a situações diversas. Eutímia é a denominação para o estado normal de afetividade.

Dentre as alterações da afetividade, selecionamos as seguintes:

- **Euforia:** alegria exagerada, geralmente acompanhada por ideias de grandeza;
- **Depressão:** tristeza profunda acompanhada de lentificação dos processos psíquicos;
- **Labilidade afetiva:** grande facilidade para mudar o estado afetivo;

- **Ansiedade:** sentimento de desconforto e apreensão, caracterizado por inquietação, tremores, taquicardia, sudorese;
- **Embotamento afetivo:** diminuição da modulação afetiva, mímica facial e corporal monótona;
- **Ambivalência afetiva:** existência de estados afetivos opostos em relação à determinada situação ou objeto;
- **Inadequação afetiva:** incoerência entre o estímulo desencadeante e a expressão afetiva;
- **Fobia:** temor insensato, obsessivo e angustiante em determinadas situações;
- **Puerilismo:** caracterizado pela regressão da personalidade adulta ao nível infantil;
- **Incontinência emocional:** incapacidade de inibir as reações afetivas que produz;
- **Tenacidade afetiva:** persistência anormal de sentimentos desagradáveis.

Pensamento

É o processo pelo qual ocorre a assimilação, formulação e condução das ideias, articulando-as em sequência lógica, formulando novas ideias.

O pensamento é dividido em produção, que é a natureza do pensamento; em curso, como acontece a articulação das ideias; e conteúdo, referente ao tema e à natureza das ideias.

As alterações referentes à produção configuram-se basicamente em duas: pensamento lógico, que respeita as noções de causa, tempo e espaço; e o pensamento mágico, não há acordo com a realidade.

Quanto às alterações do curso, destacamos:

- **Inibição do pensamento:** ocorre a lentificação do pensamento;
- **Perseveração:** quando a pessoa se apegue a um termo, palavra ou assunto e utiliza-o em todos os seus discursos;

-
- **Aceleração do pensamento:** ocorre a excitação dos processos psíquicos;
 - **Fuga de ideias:** verbalizações rápidas e contínuas que promovem constante mudança de ideias;
 - **Prolixidade:** a pessoa fala muitas coisas desnecessárias, apegando-se aos detalhes;
 - **Desagregação:** as ideias surgem sem conexão alguma, não há uma linha lógica de raciocínio;
 - **Bloqueio:** interrupção abrupta do pensamento, antes que um pensamento ou ideia seja terminado. Em seguida há uma pausa, e a pessoa não se recorda do que falava anteriormente.

Com relação às alterações de conteúdo, citam-se:

- a) **Pobreza de conteúdo:** pensamento oferece poucas informações, é vago e repetitivo;
- b) **Delírios/ ideias delirantes:** falsa crença, não condizente com a realidade. Os delírios podem ter várias apresentações, tais como: persecutórios, de prejuízo, de preconceito, de referência, de influência, de negação (niilista), de ruína, melancólicos, de controle, de grandeza, eróticos, entre outros.

Conduta

Este termo refere-se ao comportamento das pessoas, considerando seus aspectos mais amplos.

Apresentamos como principais alterações as que seguem:

- **Frangofilia:** impulso para destruir objetos que estejam por perto;
- **Compulsão:** atos repetidos que a pessoa realiza para aliviar um desconforto. Geralmente a pessoa tem consciência de seus atos irracionais, caracterizados por bulimia, cleptomania, dipsomania, piromania, potomania, entre outros;
- **Perversões sexuais:** desvio relacionado ao interesse e à prática sexual, tais como coprofilia, exibicionismo, fetichismo, gerontofilia, necrofilia, pedofilia, voyeurismo, zoofilia;

-
- **Autismo:** comportamento alheio ao mundo externo, criando um mundo interno;
 - **Autoagressividade:** atos agressivos contra si mesmo, como automutilação e ações suicidas;
 - **Conduta sedutora:** a pessoa mantém comportamento sedutor com relação ao outro a fim de ganhar sua simpatia ou despertar-lhe desejos sexuais.

Outros comportamentos inadequados também são considerados como alteração da conduta, a saber: insônia, hipersonia, negativismo, enurese, bruxismo, promiscuidade, choro ou riso imotivados, sonambulismo.

Linguagem

A linguagem é a forma de manifestação de sinais conscientes para que haja comunicação entre as pessoas, sendo exteriorizado por um comportamento motor, a fala.

Destacamos as principais alterações na linguagem:

- **Disartria:** dificuldade na articulação devido a problemas de fonação (sistema nervoso) ;
- **Disfasia:** ocorre perda de memória dos sinais de linguagem, relacionado ao déficit cognitivo;
- **Pobreza da fala:** restrição na qualidade da fala, respostas podendo ser monossilábicas;
- **Pobreza de conteúdo da fala:** a pessoa fala muito, mas as informações que transmite são vagas;
- **Neologismo:** palavras criadas pela pessoa ou que já existem, mas utilizadas em outro sentido;
- **Ecolalia:** repetição das últimas palavras que chegam ao ouvido da pessoa;

-
- **Mutismo:** é a ausência de linguagem oral;
 - Jargonofasia: expressão na linguagem do pensamento desagregado. Conhecido como “salada de palavras”.

Transtornos Psíquicos

Existem três categorias de transtornos psíquicos que são: psicoses, neuroses e álcool e demais drogas.

As psicoses são conhecidas como “doenças da cabeça”, no dizer popular e as neuroses, “doença dos nervos”.

Abordaremos cada uma das categorias, com suas principais psicopatologias.

Psicose

A psicose pode ser considerada como um distúrbio psiquiátrico grave, no qual a pessoa psicótica perde o contato com a realidade (sentido de realidade), emitindo falsos juízos, caracterizados como delírios; podendo também apresentar alucinações, distúrbios de conduta, o que dificulta ou até mesmo impossibilita seu convívio social. As psicoses podem ter várias origens como: lesões ou tumores cerebrais, uso/abuso de álcool e outras drogas, transtornos mentais, infecções, entre outros.

O sentido de realidade é o que separa, virtualmente, o mundo interno do mundo externo; é como se fosse um “filtro” que organiza o pensamento para, por exemplo, lançar, ao mundo externo, a resposta mais adequada a uma determinada pergunta. O mundo interno compreende todos os momentos e situações que a pessoa já viveu ao longo da vida, não tendo uma organização cronológica ou mesmo lógica. O mundo externo é o que a pessoa vive no momento. Na psicose a pessoa perde o sentido de realidade, havendo confusão entre os acontecimentos do mundo interno com os do mundo externo, pois as informações do mundo interno passam a fazer parte do mundo externo.



Figura – Sentido de realidade

Aqui nos deteremos a algumas psicoses mais conhecidas como esquizofrenia e o distúrbio bipolar.

Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença grave e persistente que resulta em comportamento psicótico, pensamento concreto e dificuldades no processamento das informações, nos relacionamentos interpessoais e na resolução de problemas⁶.

A esquizofrenia manifesta-se entre os 17 e 25 anos, podendo apresentar pequenas variações nesta faixa.

É caracterizada quando durar seis meses no mínimo, incluindo pelo menos um ano de sintomas da fase ativa, com presença de dois ou mais sintomas psicóticos.

Abaixo estão relacionadas as principais alterações das funções psíquicas na esquizofrenia, tendo por base as descrições feitas por Stuart e Laraia (2002). Essas alterações correspondem à sintomatologia da doença.

1. **Atenção:** dificuldade em manter a atenção, concentração deficiente, facilidade de distração, incapacidade de utilizar a atenção seletiva. Isto faz com que a pessoa apresente dificuldades em completar e concentrar-se nas tarefas propostas.

Em geral, os esquizofrênicos são pessoas inteligentes, mas, pelas alterações da atenção, não conseguem usar essa inteligência apropriadamente.

2. **Sensopercepção:** alucinações, ilusões, problemas sensoriais de integração, dificuldade para reconhecer objetos pelo tato.

O conteúdo das alucinações é variado, dependendo do sentido afetado. Podem ser:

a) **Auditivas:** ouvir sons e ruídos, geralmente na forma de vozes, que muitas vezes comandam a vida da pessoa, dizendo o que ela está pensando ou o que deve fazer. Exemplo: a pessoa pensa em ir tomar banho. Na alucinação, refere ouvir uma voz que lhe diz: “lá vai o idiota tomar banho” ou relata que recebeu uma ordem da “voz” para tomar banho;

b) **Visuais:** podem aparecer como flashes de luz, como figuras geométricas, desenhos, visões elaboradas e complexas e até mesmo imagens de pessoas. Podem ser agradáveis, exemplo: relata enxergar um grande amigo que morreu; ou não, exemplo: refere que vê monstros que o aterrorizam em seu quarto.

Esses dois primeiros tipos de alucinações são os mais comuns e os mais relatados pelo paciente;

c) **Olfativas:** odores pútridos, rançosos e azedos ou também podem ser bons como perfumes, cheiro de flores. Geralmente estão associados a acidente vascular cerebral, tumor, convulsão ou demência. Exemplo: sentir o perfume de alguém muito querido que faleceu;

d) **Gustativas:** sabores repulsivos, nem um pouco agradáveis. Também podem ser bons;

e) **Táteis:** relatar dor ou desconforto sem estímulo aparente;

f) **Cenestésica:** percepção das funções orgânicas, como referir a sensação de ardência no cérebro.

3. Memória: dificuldade em se lembrar e usar a memória armazenada e possível comprometimento de memória a curto e longo prazo. Essas alterações geram comportamentos como esquecimento, desinteresse e falta de adesão.

As alterações da memória podem interferir nas alterações de orientação, em que o paciente não sabe onde está, que dia é hoje, em que ano estamos vivendo, entre outras formas de orientação;

4. Afetividade: dificuldade em reconhecer e descrever os sentimentos, chamado de alexitimia; ausência de sentimentos, emoções, interesses ou preocupações, chamado de apatia; pouca ou nenhuma habilidade para experimentar prazeres, brincadeiras, intimidade e proximidade, que denominamos anedonia.

Os esquizofrênicos são vistos como pessoas sem expressão e sem sentimento, consideradas “fechadas” e quietas.

Bleuler, famoso médico, relaciona os “quatro As” que caracterizam os principais sintomas desta patologia. Como veremos a seguir, dois destes “As” são referentes à afetividade;

5. Pensamento: com relação ao curso do pensamento, podem apresentar inibição ou aceleração do pensamento, fuga de ideias, desagregação, entre outros. Com relação ao conteúdo apresentam basicamente delírios, que podem ser de vários tipos: de referência: tudo o que ocorre no ambiente externo se refere ao próprio esquizofrênico; persecutórios: como se tudo e todos o perseguissem e quisessem atacá-lo; paranoides: desconfiança exagerada; de grandeza: aumento do valor próprio, do poder e do conhecimento; religiosos: refere ser Cristo ou mesmo parente próximo da Virgem Maria; somático: envolve crenças com relação à aparência e ao funcionamento do corpo, entre outros.

O esquizofrênico tem pensamento concreto como uma criança em desenvolvimento normal. Isto significa que ele não faz abstrações. O esquizofrênico ao ouvir um dito popular como “cão que ladra não morde” entenderá que o cachorro que latir não vai morder, enquanto que sabemos que o dito quer dizer que aqueles

que muito falam, pouco fazem. Apesar de serem inteligentes, como já foi mencionado, eles não conseguem abstrair o que se diz em entrelinhas;

6. Conduta: catatonia, flexibilidade, posturas moldáveis, marcha anormal, autismo (“A” de Bleuler), deterioração da aparência, agressividade, agitação, comportamento repetitivo, choro e risos imotivados, medo e retraimento nas interações.

Os esquizofrênicos possuem uma conduta isolada por vários motivos: por se sentirem rejeitados no meio onde estão, por terem medo de interagir, pelo próprio autismo que os separa da realidade;

7. Linguagem: associações frágeis, conteúdo ilógico, incoerência, salada de palavras (palavras que aparentemente formam uma frase, mas que não tem sentido lógico), neologismos (formar palavras novas, exemplo: cristolunares), fala apressada e conturbada, pobreza da fala.

Geralmente falam muito, quando falam, e dizem pouco, sendo repetitivos, muitas vezes. Por suas ideias serem muito rápidas, não conseguem terminar de falar uma coisa, já emendam em outra, deixando o discurso sem sentido lógico e incoerente.

Como já foi mencionado anteriormente, Eugen Bleuler foi um médico famoso que se dedicou ao estudo da esquizofrenia. Bleuler descreveu os “quatro As”, os quais caracterizou como sintomas primários da esquizofrenia:

a) **Associações (pensamento e linguagem):** também denominado como afrouxamento dos nexos associativos, que seria a falta de uma relação lógica entre pensamento e ideias, o que torna a fala e o pensamento vagos, imprecisos, difusos e não focalizados;

b) **Afeto (afetividade):** o estado afetivo seria inadequado à situação vivenciada. Pode ocorrer embotamento afetivo (a pessoa não expressa sentimento algum) ou expressão de sentimentos opostos ao esperado em determinada situação.

Exemplo: morte da mãe do paciente: o esquizofrênico pode se comportar de duas formas: ou não expressará sentimento algum ou vai rir ao invés de chorar pelo

fato ocorrido;

c) **Autismo (conduta):** como visto anteriormente, o paciente se afasta do ambiente externo e real e retrai-se para um mundo à parte que ele criou em suas fantasias. Pode ocorrer confusão sobre o que é real e o que aconteceu apenas em seu mundo autista;

d) **Ambivalência (afetividade):** seriam as emoções opostas ocorrendo ao mesmo tempo, fazendo com que o esquizofrênico seja incapaz de tomar decisões ou fazer escolhas devido aos sentimentos conflitantes simultâneos. Exemplo: amor e ódio, alegria e tristeza.

Esses quatro sintomas seriam os principais para realizar o diagnóstico de esquizofrenia, sendo os demais caracterizados como sintomas secundários.

Apresenta-se desta forma para que não esqueçamos que os quatro As de Bleuler são também alterações das funções psíquicas. Mas eles são de grande importância para facilitar o diagnóstico da esquizofrenia.

Esses sintomas podem aparecer no estado agudo desta patologia e, não necessariamente, estarão sempre presentes.

- Tipos de esquizofrenia

Existem cinco tipos de esquizofrenias. Seguiremos apresentando cada uma delas, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição – DSM – IV⁴.

- **Esquizofrenia Paranoide**

Este tipo de esquizofrenia é caracterizado basicamente por delírios sistematizados, geralmente persecutórios e de grandeza; e de alucinações auditivas frequentes.

Os esquizofrênicos paranoides em geral são mais velhos em idade, o que pode favorecer no tratamento, caso tenham constituído uma rede social de apoio antes da doença.

Não apresenta comportamentos sugestivos do tipo desorganizado ou

catatônico. Ao contrário, mostra-se desconfiado, tenso, reservado ou propenso a discutir sobre qualquer coisa, podendo ser hostil e agressivo.

Mostra menor regressão das faculdades mentais, da resposta emocional e do comportamento do que os demais tipos. Possuem melhor prognóstico.

- **Esquizofrenia Desorganizada**

É caracterizada por discurso e comportamento desorganizados e embotamento afetivo (ou afetividade inadequada). Não apresenta características de catatonia.

O aparecimento deste tipo de esquizofrenia ocorre antes dos 25 anos de idade. Há regressão acentuada a um comportamento primitivo e desinibido.

A interação social e o contato com a realidade são deficientes. A aparência pessoal e o comportamento são desleixados. Risos imotivados e trejeitos faciais são bastante comuns. O paciente pode ter algumas manias estranhas, são ativos, mas não-construtivos.

- **Esquizofrenia Catatônica**

Caracterizada por um distúrbio psicomotor acentuado, que pode envolver imobilidade ou atividade excessiva.

O esquizofrênico catatônico pode apresentar estado de inatividade, negativismo extremo ou mutismo (incapacidade de articular palavras) e posturas anormais. A este conjunto de sintomas denomina-se estupor ou torpor catatônico. O contrário do estado de estupor é o furor catatônico, caracterizado por agitação extrema, acompanhada de ecolalia (repetição das palavras sem sentido) e ecopraxia (comportar-se ou agir como a outra pessoa, copiá-la, sem motivo).

Qualquer um dos dois estados exige atenção contínua pelo risco de autoagressão ou agressão aos outros.

- **Esquizofrenia Indiferenciada**

Este tipo de esquizofrenia inclui aqueles pacientes que possuem sintomas

variados e não se enquadrarem nas anteriores.

Dentre as características dos sintomas variados inclui delírios, alucinações, fala incoerente e comportamento inadequado.

- **Esquizofrenia Residual**

É caracterizada pela presença de evidências contínuas de perturbação esquizofrênica, sem sintomas ativos.

Sintomas comuns: embotamento afetivo, retraimento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico e leve afrouxamento de associações.

- **Farmacoterapia**

As drogas antipsicóticas, também chamadas de neurolépticos, são as principais no tratamento da esquizofrenia. Alguns antipsicóticos de ampla utilização são clozapina (Leponex), risperidona, haloperidol (Haldol), clorpromazina (Amplictil), flufenazina (Flufen depot).

A esquizofrenia é uma doença mental que afeta muitas pessoas, bem como suas famílias e comunidades.

É, talvez, a mais conhecida psicopatologia e por isso é muito estigmatizante. As tentativas de suicídio são bastante frequentes nestes pacientes.

É preciso dispensar tempo e atenção qualificada para estes pacientes para que consigam viver harmoniosamente na sociedade, visto que isso é possível.

Transtorno Afetivo Bipolar

O transtorno afetivo bipolar é um dos tipos de transtornos de humor, caracterizado por episódios maníacos e depressivos.

É importante aqui conhecermos também as definições de mania e depressão. Mania é um estado do humor caracterizado por elevação do humor, otimismo acentuado, aumento da energia e sentido exagerado de autoestima. Neste estado a pessoa fica eufórica ao extremo, é uma alegria contagiante e excessiva.

A depressão é o oposto, o outro extremo da mania, e se manifesta por tristeza, desânimo, diminuição da autoestima, impotência e maior risco de suicídio. A pessoa depressiva não tem vontade de fazer nada, geralmente passa deitada, sem ânimo.

Na “linha do humor”, conforme mostra a figura, podemos visualizar melhor quais os possíveis comportamentos do humor.



Figura – Linha do Humor

O transtorno afetivo bipolar é classificado em I e II. Para facilitar o entendimento, vamos estudá-los separadamente.

Transtorno Afetivo Bipolar tipo I

É um conjunto completo de sintomas de mania, durante o curso da doença, acompanhado de um episódio de depressão.

O transtorno afetivo bipolar I pode ocorrer de três formas:

- a) **Transtorno afetivo bipolar I, episódio maníaco único:** o paciente deve estar passando por seu primeiro episódio maníaco;
- b) **Transtorno afetivo bipolar I, recorrente:** encerra a fase maníaca e se inicia a fase depressiva, com pequeno espaço de intervalo entre ambas as fases – cerca de dois meses;
- c) **Episódios mistos:** os estados depressivos e maníacos ocorrem com rápida alternância ou concomitantemente.

Passamos neste momento a estudar as alterações de algumas funções

psíquicas deste transtorno, baseado nas descrições de Kaplan (1997).

Episódio depressivo

- **Afetividade:** depressão, retraimento social, atividade diminuída.

Muitas vezes a pessoa deprimida nega a depressão e não se mostra abalada por ela. Quase que sempre são levadas ao tratamento por familiares e amigos; não vão por conta própria;

- **Linguagem:** redução na velocidade e intensidade da fala, dando respostas monossilábicas.

Às vezes é necessário esperar alguns minutos para obter a resposta desses pacientes quando questionados;

- **Sensopercepção:** na depressão psicótica podem ocorrer alucinações, que são mais raras; podem ter características catatônicas;

- **Pensamento:** também na depressão psicótica podem apresentar delírios cujos conteúdos incluem culpas, pecado, inutilidade, pobreza, fracasso, perseguição ou também grandeza (como ser o Messias).

Há uma forte presença de sentimentos de culpa e inutilidade por estar doente;

- **Orientação:** a orientação é mantida, mas às vezes o paciente não tem ânimo para responder;

- **Memória:** pode haver esquecimento e comprometimento da concentração;

- **Conduta:** os pacientes depressivos apresentam maiores riscos de suicídio. Em caso de depressão psicótica podem também atentar contra a vida de alguém que faça parte de seu sistema delirante;

-
- **Consciência:** pode ocorrer estupor depressivo.

Episódio maníaco

Afetividade: são pacientes eufóricos, mas também podem ser irritáveis. Podem ter baixa tolerância à frustração, despertando sentimentos de raiva e hostilidade. Podem ser emocionalmente instáveis, o que facilita a chegada à fase depressiva;

- **Linguagem:** falam demais e muito rápido; utilizam muitos jogos, rimas, trocadilhos e jogo de palavras. Quanto maior a intensidade da mania menor a capacidade de concentração, levando à fuga de ideias, salada de palavras e neologismos;

Os pacientes interferem em assuntos que não lhe dizem respeito, pelo fato de acreditarem saber de tudo.

- **Sensopercepção:** podem apresentar algumas alucinações bizarras;
- **Pensamento:** a presença de delírios de grandeza ocorre em 75% dos casos. Os delírios sempre envolvem poder, riqueza e habilidades;
- **Orientação e memória:** permanecem intactos, apesar da euforia extrema não permitir que eles respondam corretamente;
- **Conduta:** podem ser agressivos e ameaçadores. Suicídio e homicídio podem ocorrer, mas parece não serem comuns. As ameaças, geralmente, são às pessoas importantes como, por exemplo, o governador do Estado.

O transtorno afetivo bipolar I frequentemente se inicia pela fase da mania e é recorrente. A maioria dos pacientes experimenta tanto episódios maníacos quanto

depressivos. Apenas 20% apresentam somente episódios maníacos.

O episódio maníaco tem início rápido, podendo evoluir (piorar) ao longo de algumas semanas. Pode durar cerca de três meses sem tratamento, cuja finalidade é diminuir o tempo dos episódios.

Os pacientes maníacos apresentam humor elevado, expansivo ou irritável. Geralmente exageram no consumo de bebidas alcoólicas. O seu modo de vestir também não passa despercebido com bijuterias e cores berrantes em combinações incomuns.

Não se prendem a pequenos detalhes, nem mesmo se interessam por ideias religiosas, políticas, financeiras, sexuais.

Às vezes pode ocorrer regressão e os pacientes maníacos brincam com suas fezes e urina.

O prognóstico é favorável; é possível conviver em sociedade, desde que estejam em tratamento.

Farmacoterapia

O medicamento mais utilizado é o carbonato de lítio (Carbolim, Carbolitium) que é um estabilizador do humor.

Outras drogas também podem ser utilizadas para tratar a mania como os anticonvulsivantes: carbamazepina (Tegretol), ácido valpróico (Depakene) e clonazepam (Klonopin).

Transtorno Afetivo Bipolar II

É caracterizado pela presença, durante o curso do transtorno, de episódios depressivos maiores e hipomaníacos.

A queixa principal desses pacientes é humor deprimido e perda de interesse. Colocam-se como pessoas inúteis, que não tem capacidade nem para chorar.

Cerca de $\frac{2}{3}$ dos deprimidos pensa em se matar e 15% deles comete o suicídio. Muitas vezes não se conscientizam da doença e não se assumem enquanto

doentes.

Queixam-se de diminuição de energia, dificuldades para dormir (insônia), perda do apetite e redução de peso, sendo que todas as situações inversas às colocadas também podem ocorrer. A ansiedade é um sintoma comum na depressão. Isto tudo ocorre combinado ao episódio hipomaníaco.

O transtorno afetivo bipolar II é de início mais precoce do que o I. O paciente do tipo II tem maior risco para tentar e cometer o suicídio do que o tipo I, visto que a depressão é o sintoma mais acentuado na II.

O prognóstico do transtorno afetivo bipolar II começou a ser estudado há pouco tempo, mas as pesquisas existentes revelam que é uma doença crônica, devendo ser tratada em longo prazo.

Farmacoterapia

Neste caso são mais utilizados os antidepressivos: imipramina (Tofranil), amitriptilina (Elavil), fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), entre outros.

Porém, devem ser associados a outras drogas como anticonvulsivantes, por exemplo, em função de que já foi comprovada a ineficiência do tratamento exclusivo com antidepressivos.

A principal diferença entre os dois tipos de transtornos afetivos bipolares é: o tipo I é maníaco com traços depressivos, e o tipo II é depressivo com traços hipomaníacos.

Neurose

A neurose é um transtorno crônico ou recorrente não-psicótico, caracterizado por sintomas que angustiam a pessoa e que ela reconhece como inaceitáveis e estranhos.

A principal diferença entre psicose e neurose é o sentido de realidade que é mantido intacto na neurose enquanto que na psicose ele é perdido.

Ansiedade

A ansiedade é uma apreensão difusa e vaga associada a sentimento de incerteza e insegurança. Pode causar até mesmo sintomas físicos – orgânicos – como cefaleia, palpitações, aperto no peito ou leve desconforto abdominal. É uma sensação de vivência comum de qualquer ser humano. Passa a ser patológica quando interfere negativamente no cotidiano da pessoa.

A ansiedade é classificada em níveis, como ilustra a figura:

Este material deve ser utilizado apenas como parâmetro de estudo deste Programa. Os créditos deste conteúdo são dados aos seus respectivos autores.

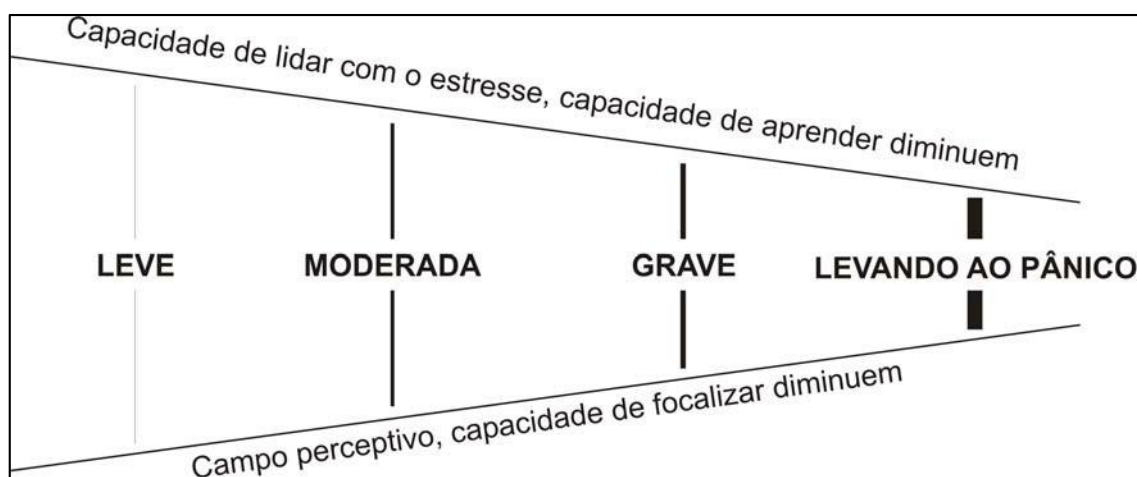


Figura – Graus de ansiedade (ISAACS, 1998).

Na tabela, organizamos os graus de ansiedade conforme suas características.

Tabela – Graus de ansiedade

Grau de ansiedade	Descrição	Principais características
-------------------	-----------	----------------------------

Leve	Está associada à tensão da vida diária.	Aumento da vigilância, melhor capacidade de aprender, melhor controle do estresse, resolução de problemas maximizada.
Moderada	Permite que a pessoa focalize as preocupações imediatas e bloqueie a periferia. Estreita o campo de percepção.	Capacidade de focalizar interesses básicos, maior dificuldade em permanecer atento e para aprender, desatenção seletiva, resolução de problemas com auxílio.
Grave	Reduz muito o campo da percepção da pessoa, que tende a focalizar um detalhe específico.	Incapacidade de focalizar e resolver problemas, sistema nervoso simpático ativado, necessita da atividade de grandes músculos.
Levando ao pânico	Está associado ao pavor, medo e terror.	Total incapacidade de concentração, desintegração da capacidade adaptativa; devem-se reduzir os estímulos ambientais e proporcionar direção e estrutura.

Distúrbios relacionados à Ansiedade

Aqui abordaremos cinco distúrbios relacionados à ansiedade, a saber: síndrome do pânico, ansiedade generalizada, obsessivo-compulsivo, fóbico e de estresse pós-trauma.

Em cada um deles já apresentamos a farmacoterapia indicada.

- Síndrome do Pânico

É descrito como ataques inesperados e recorrentes de pânico. Os ataques de pânico têm duração relativamente breve (menos de uma hora) com intensa ansiedade ou medo juntamente com sintomas somáticos como palpitação e

taquipneia.

Os ataques são seguidos de receio persistente de um novo ataque pelo período mínimo de um mês (ansiedade antecipatória), preocupação quanto às implicações e consequências do ataque sofrido ou alteração significativa do comportamento relacionada ao ataque.

A frequência dos ataques de pânico varia desde múltiplos ataques durante o dia até alguns ataques durante um ano.

Frequentemente é acompanhado por agorafobia, que é o medo de estar sozinho em locais públicos, especialmente locais onde a saída é mais difícil.

Os ataques de pânico ocorrem, em geral, após excitação, esforço físico, atividade sexual ou trauma emocional. O ataque começa com um período de dez minutos de sintomas com rápida intensificação; os sintomas mentais são: extremo medo, sensação de morte iminente, confusão e problemas de concentração. Os sintomas físicos incluem dispneia, taquicardia, palpitações e sudorese. O ataque dura em média de 20 a 30 minutos. O desaparecimento dos sintomas pode ser rápido ou gradual.

Na ansiedade antecipatória o paciente evita situações que provoquem ansiedade.

Farmacoterapia

Geralmente são prescritos ansiolíticos – drogas para diminuir a ansiedade, e antidepressivos.

Distúrbio de Ansiedade Generalizada

É descrito como ansiedade e preocupações excessivas, ocorrendo na maior quantidade dos dias, num período mínimo de seis meses.

A pessoa tem dificuldade de controlar a preocupação. Os principais sintomas são: inquietação e sensação de ameaça, fadiga, dificuldade de concentração, sensação de “branco” na cabeça, distúrbio do sono, irritabilidade, sentimentos persistentes de apreensão.

Farmacoterapia

Segue as mesmas orientações para o tratamento medicamentoso da síndrome do pânico.

Distúrbio Obsessivo-compulsivo

Inicialmente é importante apresentar a definição de obsessão e compulsão.

Obsessão: ideia ou impulso persistente que não pode ser eliminado da consciência, como, por exemplo, ideias agressivas ou de contaminação.

Compulsão: impulso consciente, mas incontrolável e persistente para executar uma tarefa de modo repetitivo, como contar coisas ou lavar as mãos repetidamente.

Comumente as obsessões e as compulsões ocorrem juntas, em cerca de 75% dos pacientes.

É considerado como distúrbio porque interfere no cotidiano do paciente, fazendo com que este viva em função de sua doença.

A pessoa doente tem consciência da natureza irracional, invasiva e inadequada das obsessões e compulsões, mas a tentativa de resistir a esses comportamentos lhe causa uma ansiedade ainda maior.

A busca e o ganho principais deste distúrbio é o alívio da ansiedade.

Farmacoterapia

A farmacoterapia baseia-se em antidepressivos como clomipramina (Anafranil) e sertralina (Zoloft). Podem também ser utilizados ansiolíticos.

Distúrbio fóbico

Fobia é um medo irracional que provoca a esquiva consciente de um objeto, atividade ou situação específica.

As fobias caracterizam-se pelo surgimento da severa ansiedade quando ocorre exposição ao objeto, atividade ou situação temida.

A pessoa reconhece que o medo é irracional e inadequado, mas é incapaz de controlá-lo.

Existem dois tipos de fobias: a simples e a social.

A fobia simples também é denominada de fobia específica e é definida como o medo de coisas específicas como de aviões, de dirigir, de elevadores, lugares altos, insetos.

A fobia social é o medo de situações sociais potencialmente constrangedoras. A pessoa, em geral, é muito tímida.

Farmacoterapia

O tratamento medicamentoso inclui drogas ansiolíticas e antidepressivas.

Distúrbio de estresse pós-trauma

É definido como um pensamento ou sentimento vivenciado de forma recorrente e associado a um trauma grave específico experimentado anteriormente como estupro, tortura ou acidente sério.

As principais características são a revivência dolorosa do evento, um padrão de esquiva (desvio), anestesiamento emocional e hiperexcitabilidade.

Há a presença de sentimentos de culpa, rejeição e humilhação. Os sintomas associados podem incluir agressão, violência, depressão e transtornos relacionados a substâncias (álcool e drogas) que são utilizadas para aliviar os sintomas.

Os medicamentos indicados são antidepressivos e ansiolíticos, que devem ser utilizados com muita cautela pelo fato de uso concomitante de álcool e outras drogas.

Distúrbios de Personalidade

O distúrbio de personalidade é uma doença não-psicótica que se caracteriza por um comportamento desajustado que a pessoa utiliza para atender às suas necessidades.

Os distúrbios de personalidade são classificados em três grupos:

a) **Distúrbios de Personalidade Excêntricos:** distúrbio de personalidade

paranoide, esquizoide e esquizotípica;

b) **Distúrbios de Personalidade Dramático-errático:** distúrbio de personalidade antissocial, borderline, histriônica e narcisista;

c) **Distúrbios de Personalidade Ansiosos:** distúrbios de personalidade esquiva, dependente e obsessivo-compulsiva.

Apresentamos cada um dos grupos com suas patologias.

Distúrbios de Personalidade Excêntricos

Distúrbios de Personalidade Paranoide

As pessoas com este tipo de distúrbio caracterizam-se por apresentarem suspeitas constantes e desconfiança com relação às pessoas em geral. Não se responsabilizam por seus sentimentos, atribuindo ao outro essa responsabilidade, utilizando o mecanismo de defesa de projeção – atribuir ao outro os impulsos e pensamentos que são incapazes de aceitar em si mesmos. Podem ser hostis, irritáveis e coléricos.

Interpretam as ações alheias em relação a si como humilhantes ou ameaçadoras. Acreditam que serão explorados ou prejudicados. Em geral são pessoas afetivamente restritas, consideradas “frias”, podem questionar a lealdade e confiança de amigos sem motivo aparente, são patologicamente ciumentos. São considerados racionais e objetivos.

Exemplos: fanáticos, cônjuge com ciúme patológico.

Farmacoterapia

É útil para tratar a ansiedade e agitação. Em casos mais leves, o uso de ansiolíticos, como diazepam, auxilia na ansiedade. Em casos de agitação mais severa ou pensamento quase delirante é necessário de uso de antipsicóticos como haldol, em pequenas doses e por curto tempo.

Distúrbio de Personalidade Esquizoide

Este padrão de distúrbio de personalidade é evidenciado em pessoas com elevado e persistente retraimento social. O desconforto com o convívio humano, a introversão e o afeto brando são características bem marcantes nesses pacientes.

Frequentemente buscam o distanciamento das relações sociais, preferindo o isolamento. Podem ser considerados quietos, “frios”, alienados, não sentindo necessidade de relacionamentos interpessoais.

Interessam-se por atividades solitárias, nas quais não há competitividade e por áreas não humanas, como a matemática. Em geral, não casam e às vezes a atividade sexual acontece apenas em suas fantasias. Não são agressivos.

Não perdem a capacidade de reconhecimento da realidade, apesar de seu isolamento e solidão.

Utiliza-se pequenas doses de antipsicóticos, antidepressivos e psicoestimulantes.

Distúrbio de Personalidade Esquizotípica

As pessoas pertencentes a este grupo são estranhas, esquisitas, com pensamento mágico, ideias extravagantes, ilusões e desrealização.

Neste distúrbio há uma perturbação do pensamento e da comunicação; não podem reconhecer seus sentimentos, mas são sensíveis aos sentimentos alheios.

Podem ser supersticiosos e acreditarem possuir poderes especiais. O seu mundo interior é repleto de relacionamentos imaginários. Possuem relacionamentos pobres, podendo apresentar um comportamento inadequado, o que faz com que sejam isolados e tenham pouquíssimos amigos.

Quando descompensados (sob tensão) podem apresentar sintomas psicóticos, que são de breve duração.

Farmacoterapia

Utiliza-se haldol (antipsicótico) que tem mostrado resultados satisfatórios para ilusões e outros sintomas. Os antidepressivos podem ser úteis quando houver um componente depressivo.

Distúrbio de Personalidade Dramático-Errático

Distúrbio de Personalidade Antissocial

Este distúrbio é caracterizado por atos antissociais e criminosos, que ocorrem devido à incapacidade de conformar-se e adaptar-se às regras sociais.

Neste grupo os pacientes apresentam um exterior normal, mas suas histórias evidenciam funcionamentos vitais desordenados. Mentiras, fugas de casa, furtos, brigas, abuso de drogas e outras atividades ilegais são características que, em geral, se iniciam durante a infância e adolescência.

Podem mostrar-se exuberantes e sedutores para uns, e manipuladores e exigentes para outros.

Não apresentam sintomas de ansiedade e depressão nem delírios, apesar de ameaçar suicídio. Possuem boa inteligência verbal.

Outras características: convencem quando querem algo que lhe renda fama e dinheiro; promiscuidade; abuso sexual (de crianças e dos próprios cônjuges), com ausência de remorso de suas atitudes.

Farmacoterapia

Ansiolíticos e antidepressivos, que devem ser utilizados com cautela quando uso concomitante com álcool e outras drogas.

Distúrbio de Personalidade Borderline

Esses pacientes situam-se no limite entre neurose e psicose, e caracterizam-se por afeto, humor, comportamento, relações e autoimagem muito instáveis.

Encontram-se frequentemente em oscilações de humor: ora amam, ora odeiam, ora não sentem mais nada.

Podem ocorrer episódios psicóticos de curta duração (episódios micropsicóticos). O comportamento é imprevisível. Produzem atos autodestrutivos, como cortar os pulsos, repetidamente.

Por se considerarem dependentes e hostis ao mesmo tempo, seus relacionamentos são tumultuados. Apesar disto, não suportam a solidão e fazem de

tudo para não se sentirem sozinhos, mesmo que isso não lhe traga satisfação. Às vezes queixam-se de um vazio e tédio, sentindo falta de uma identidade consistente.

Utilizam a projeção como mecanismo de defesa, mas de um modo diferente. Aquilo que não aceitam do self é projetado no outro que é induzido a encenar o que é projetado.

Consideram as pessoas totalmente boas (idealizadas) ou totalmente más (desvalorizadas).

Esses pacientes são bastante confusos e de difícil manejo.

Farmacoterapia

Tem-se utilizado antipsicóticos, antidepressivos, benzodiazepínicos e anticonvulsivantes.

Distúrbio de Personalidade Histriônica

Caracterizado por comportamentos exuberantes, dramáticos, extrovertidos, pessoas excitáveis e emotivas.

Necessitam ser o centro de atenção e fazem de tudo para que isso aconteça. Quando não estão no foco central têm ataques de raiva, com lágrimas e acusações. Exageram seus pensamentos e sentimentos, fazendo-os mais importantes do que são realmente.

A sedução é bastante comum em ambos os sexos. Falam de fantasias sexuais, mas sem consistência. Eles podem sofrer de uma disfunção sexual: os homens podem ser impotentes e as mulheres, anorgásmicas. Os relacionamentos são superficiais e duram pouco tempo.

Os principais mecanismos de defesa utilizados são repressão e dissociação.

Farmacoterapia

Utilizada somente quando há sintomatologia identificada: antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos.

Distúrbio de Personalidade Narcisista

As pessoas com este distúrbio se autovalorizam, considerando-se de extrema importância e grandiosidade. Consideram-se especiais e esperam receber tratamento especial. Não sabem lidar com as críticas, mesmo as construtivas: ficam ou furiosos ou indiferentes.

Estas pessoas são muito ambiciosas, buscam fama e fortuna, são egocêntricas e egoístas. Utilizam-se de qualquer meio para chegarem aonde pretendem.

Os relacionamentos duram pouco e podem ser de exploração do outro.

Apesar de tudo, os pacientes possuem baixa autoestima e tendem à depressão.

Farmacoterapia

A medicação de escolha é o lítio (estabilizador do humor). Os antidepressivos podem auxiliar, devido à tendência à depressão.

Distúrbios de Personalidade Ansiosas

Distúrbio de Personalidade Esquiva

Este grupo é caracterizado por pessoas que apresentam hipersensibilidade à rejeição, o que as leva a manter uma vida social retraída. São pessoas muito tímidas, com complexo de inferioridade, mas que buscam companhia.

Apesar de buscarem companhia, se esquivam destas com medo de rejeição. Têm medo de falar em público e frequentemente interpretam mal os comentários dos outros, considerando-os depreciativos. Quando algum pedido seu é recusado, retraem-se e se sentem magoados.

No emprego não chegam a cargos que exijam autoridade.

Somente entram num relacionamento quando recebem uma garantia de aceitação sem críticas.

Farmacoterapia

Utilizam-se antidepressivos e ansiolíticos.

Distúrbio de Personalidade Dependente

Caracteriza-se por um padrão generalizado do comportamento dependente e submisso. As pessoas com este distúrbio são incapazes de tomar decisões sem serem excessivamente aconselhadas e tranquilizadas por outros.

Evitam assumir responsabilidades e cargos de liderança, pois isso gera ansiedade.

Pessimismo, insegurança, passividade e temor para expressar sentimentos sexuais e agressivos são características deste distúrbio bem como não estar sozinho, pois sozinho não tem de quem ser dependente.

Farmacoterapia

Em geral, os antidepressivos, ansiolíticos e benzodiazepínicos são os mais utilizados.

Distúrbio de Personalidade Obsessivo-compulsiva

Este distúrbio é caracterizado por constrição emocional, organização, perseverança, obstinação e indecisão.

Preocupam-se com regras, normas, detalhes, buscando a perfeição.

São pessoas sérias e formais, mas muito limitadas, quase sem senso de humor, falta-lhes flexibilidade e tolerância.

Por terem medo do erro, são indecisas e custam a tomar decisões. Apesar de conseguir manter um casamento estável, tem poucos amigos.

Farmacoterapia

Geralmente, são os benzodiazepínicos, como clonazepam, que geram algum resultado.

Álcool e outras drogas

Primeiramente, são necessárias as definições de alguns conceitos que irão

facilitar o entendimento sobre os distúrbios relacionados às drogas.

Uso abusivo de drogas: é o uso continuado de determinada droga com consequências adversas significativas e recorrentes;

Dependência de drogas: é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando o uso continuado da droga apesar de problemas significativos na vida com relação a isso. As características da dependência incluem a tolerância, a abstinência e o padrão de uso compulsivo da droga.

Tolerância: é a necessidade de grandes doses/quantidades da droga para obter o efeito desejado;

Abstinência: são sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos que ocorrem com a diminuição abrupta das concentrações sanguíneas e teciduais da droga;

Vício: refere-se aos comportamentos psicossociais relacionados com a dependência da droga. Pode ser usada como sinônimo de dependência.

Passaremos ao estudo das seguintes drogas: álcool, anfetaminas, Cannabis, cocaína, alucinógenos, nicotina, opioides e sedativos, ansiolíticos e hipnóticos.

Álcool

O uso, abuso e dependência de álcool são os distúrbios mais comuns relacionados às drogas. As pessoas que sofrem deste distúrbio são chamadas alcoólatras ou alcoolistas.

O álcool é um depressor do sistema nervoso central e seus efeitos são fala pastosa, falta de coordenação, marcha instável, distúrbio da atenção e da memória. Em doses muito elevadas podem levar ao torpor e ao coma.

A dependência e o abuso do álcool incluem padrões como incapacidade de reduzir ou parar o consumo de álcool, esforço repetido para manter o controle, farras (permanecer intoxicado durante todo o dia por, pelo menos, dois dias), consumo ocasional de grandes doses, períodos amnésicos (“apagões”) para eventos que ocorreram na intoxicação, permanência do uso contínuo do álcool apesar de saber os problemas físicos que lhe traz, e o consumo de álcool impróprio para ingestão,

como gasolina.

Podem ser pessoas violentas quando intoxicadas o que propicia o comprometimento do seu funcionamento social, ocasionando falta ao trabalho, perda de emprego, discussões e dificuldades com familiares e amigos.

A intoxicação com álcool caracteriza-se pelo consumo da dose suficiente de álcool, alterações comportamentais mal-adaptativas (sintomas) e sinais de comprometimento neurológico.

A intoxicação extrema pode levar ao coma, depressão respiratória e morte.

No início da intoxicação algumas pessoas falam muito (loquazes) e querem estar no meio da multidão, outras se retraem e ficam mais sérias, outras ainda mostram hostilidade. Podem apresentar instabilidade de humor, com episódios de risos e prantos intermitentes.

A abstinência⁶ apresenta os seguintes sintomas:

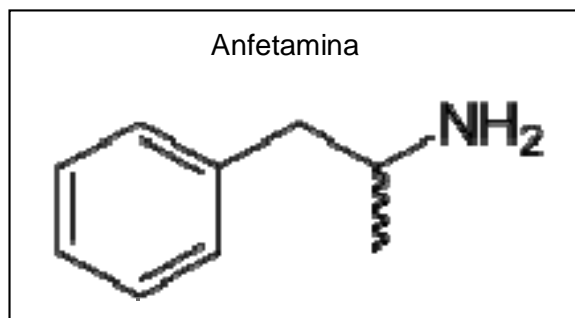
- a) De 6 a 8 horas após o último “gole” (fase inicial): ansiedade, agitação, tremores, taquicardia, hipertensão, diaforese, náuseas e vômitos;
- b) De 8 a 12 horas: inicia o aparecimento dos sintomas psicóticos como delírios e alucinações;
- c) De 12 a 24 horas: se iniciam as convulsões;
- d) Em 72 horas: o delirium tremens (DT).

Esta sequência nem sempre ocorre nesta ordem, podendo haver saltos de etapas passando diretamente para o DT.

O DT é uma emergência psiquiátrica e exige atenção redobrada, visto que esses pacientes são perigosos pela imprevisibilidade de seu comportamento. Podem ser agressivos, suicidas ou agirem de acordo com suas alucinações e delírios. Em geral, é precedido das convulsões, mas não é regra.

A medicação de primeira escolha para o tratamento do alcoolismo é o dissulfiram (antialcólico), podendo ser utilizados também ansiolíticos e antidepressivos para a respectiva sintomatologia.

Anfetaminas



As anfetaminas são substâncias estimulantes do sistema nervoso central. Os efeitos consistem em maior energia e euforia, vigilância extrema, hostilidade, alteração do juízo crítico, elevação da pressão arterial, taquicardia, midríase, náusea e vômito.

Essa droga é muito utilizada por motoristas que percorrem longas distâncias, por atletas antes das competições, por empresários antes de grandes negócios.

A anfetamina pode ser consumida por via oral, sob a forma de cápsulas ou comprimidos de 5mg, com início de ação relativamente rápido, geralmente, em uma hora. Pode também ser administrada de maneira intravenosa quando diluída em água destilada, alcançando efeito quase que imediato. E pode ainda ser inalada (cheirada).

A dependência e o abuso de anfetamina podem causar uma reação tóxica no organismo, denominada psicose anfetamínica, que pode durar algumas semanas. Os principais sintomas são: irritabilidade, insônia, alucinações. A overdose fatal por anfetamina é rara, não sendo conhecida a dosagem letal.

A intoxicação por anfetamina é muito parecida com a da cocaína, e os sintomas da intoxicação são resolvidos frequentemente após 24 horas e completamente resolvidos em 48 horas.

A abstinência é caracterizada por ansiedade, tremores, humor disfórico (grande tendência à depressão), letargia, fadiga, pesadelos graves, insônia, sonhos vívidos. Os sintomas alcançam o auge em dois a quatro dias, terminando em uma semana. O sintoma mais sério da abstinência é a depressão, que pode ser grave após o uso prolongado de altas doses, estando associada com ideação ou

comportamento suicida.

O delirium é resultante de altas doses ou uso prolongado da droga, de modo que a privação do sono afeta o quadro clínico.

A dificuldade no tratamento é manter o usuário em abstinência, assim como no caso da cocaína. A farmacoterapia indicada constitui-se no uso de antipsicóticos (quando houver psicose) e ansiolíticos para reduzir sintomas de agitação e hiperatividade.

Cannabis sativa

Folha de *Cannabis sativa*



A planta Cannabis sativa, quando devidamente cortada, seca, picada e enrolada, forma o “baseado”, como é conhecido o cigarro de maconha, erva, marijuana, como é mais comumente conhecida; alterando a percepção sensorial.

Os efeitos desta droga são euforia, sensação de lentificação do tempo, distúrbio de coordenação motora, retraimento social, dilatação dos vasos sanguíneos das conjuntivas (olhos vermelhos), taquicardia, aumento do apetite (larica), boca seca, vontade de rir, sono e comprometimento da memória recente.

Os usuários pesados da maconha estão em risco de doença respiratória crônica e câncer de pulmão.

A maconha causa dependência psicológica em longo prazo.

A intoxicação por Cannabis aumenta a sensibilidade aos estímulos externos,

as cores ficam mais intensas e há lentificação subjetiva do tempo. Em doses elevadas, conduz à despersonalização e desrealização. Por 8 a 12 horas após o uso da droga o usuário apresenta comprometimento das habilidades motoras que interfere em atividades como conduzir um veículo, por exemplo.

O delirium por intoxicação é caracterizado por um acentuado comprometimento na cognição e nas tarefas de desempenho.

Em casos de gestação, a droga atravessa a barreira placentária e aumenta o risco de baixo peso ao nascer e menor circunferência cefálica.

A abstinência pode ser obtida por meio de intervenção direta, como a hospitalização ou monitoramento constante e atento em ambulatórios variando de três dias a quatro semanas após o uso da droga.

A farmacoterapia indicada está baseada em ansiolíticos, para diminuir a ansiedade, e antidepressivos, se necessário.

Cocaína

Pó de cocaína



A cocaína é uma das drogas mais aditivas, abusadas, perigosas e causadoras de vício. É extraída da folha seca de coca (*Erythroxylon coca*), transformada em pó, conforme mostra a figura ao lado.

É um alcaloide ($C_{17}H_{21}NO_4$) que causa estimulação do sistema nervoso central (SNC) e depleção de dopamina.

É também conhecida como neve, branquinha, coca. O crack é a forma mais potente de cocaína. Usuários de crack recorrem a comportamentos extremos para obterem a droga⁴.

A dependência e o abuso de cocaína podem ser suspeitados quando há

alterações inexplicáveis na personalidade da pessoa usuária. As alterações comuns ao uso da droga são: irritabilidade, dificuldade de concentração, compulsividade, insônia severa e perda de peso. Os usuários ausentam-se de suas atividades num período de 30 minutos a uma hora para inalarem a droga. Por causar vasoconstrição, os usuários geralmente apresentam congestão nasal, para a qual utilizam sprays descongestionantes.

A intoxicação é caracterizada por alterações comportamentais e psicológicas, tais como euforia ou embotamento afetivo, ansiedade, tensão, raiva, distúrbio do juízo crítico, dentre outros, observados durante ou logo após o uso da droga. Em paralelo a estes sintomas, dois ou mais sintomas, quais sejam: taquicardia ou bradicardia, midríase, aumento da pressão arterial, confusão, convulsão, dentre outros.

Estudos têm revelado que o uso de cocaína em baixas doses auxilia na execução de tarefas cognitivas. O problema disto é que há a necessidade de usar outras vezes e em doses mais elevadas, e o uso frequente causa vício.

A abstinência é caracterizada por disforia, anedonia, fadiga, hipersonolência e, às vezes, agitação. Pode ocorrer ideação suicida. No uso moderado ou leve os sintomas de abstinência cessam em 18 horas; no uso pesado podem durar até duas semanas, atingindo pico em dois a quatorze dias. As pessoas em abstinência buscam os efeitos em outras drogas como álcool, sedativos, ansiolíticos.

O delirium é mais comum em altas doses, quando a droga foi consumida rapidamente e quando é administrada juntamente com outras drogas. Os usuários com danos cerebrais pré-existentes têm o risco aumentado de apresentar delirium.

O maior obstáculo para ser superado com o usuário de cocaína é a intensa avidez (desejo ardente) pela droga.

A farmacoterapia que tem surtido efeito para os casos de uso de cocaína são os antagonistas dopaminérgicos (mantadina e bromocriptina) e algumas drogas tricíclicas. A carbamazepina também tem sido utilizada na desintoxicação do usuário.

Alucinógenos

As substâncias alucinógenas, também conhecidas como psicodélicas ou psicotomiméticos, induzem à alucinação sem delírio, causando a perda do contato com a realidade, expansão e elevação da consciência.

Os alucinógenos podem ser de duas origens: naturais ou sintéticos. Alguns exemplos de alucinógenos encontrados na natureza são: psilocibina (alguns cogumelos), mescalina (cacto peiote) e harmina. Na classe dos sintéticos o clássico é o dietilamina do ácido lisérgico, mais conhecido por **LSD**, sintetizado em 1938.

A dependência e o abuso de alucinógeno existem embora o uso prolongado desta substância não seja comum. A dependência psicológica pode ocorrer em função de que nenhuma experiência em LSD é igual e porque não existe uma euforia confiável.

A intoxicação por esta droga é caracterizada por alterações de comportamento (ansiedade e depressão acentuada, medo de perder o juízo, ideação paranoide, comprometimento no julgamento), de percepção (intensificação subjetiva das percepções, despersonalização, ilusões, desrealização) e também por alguns sinais fisiológicos (midríase, taquicardia, sudorese, tremores, visão turva, palpitações).

Não há síndrome de abstinência associada à intoxicação por alucinógenos.

LSD



O LSD tem o início de sua ação em uma hora, atingindo seu auge em duas a quatro horas, estendendo-se de 8 até 12 horas. Os efeitos desta droga incluem tremores, taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese, visão turva e midríase.

Não existem evidências claras de alterações importantes de personalidade ou psicose orgânica produzidas pelo uso em longo prazo de LSD.

Pessoas que utilizaram a droga relatam que aumentaram a capacidade criativa e diminuíram os sintomas neuróticos, por exemplo.

Não há farmacoterapia indicada para o uso de alucinógenos.

Nicotina



A nicotina é um alcaloide básico, de coloração amarela e cheiro desagradável¹⁰. A forma mais comum da nicotina é o tabaco fumado em cigarros, cachimbos e charutos. Estudos têm mostrado que a nicotina é tão aditiva quanto a cocaína. O sistema dopaminérgico afetado pelo uso da nicotina é o mesmo afetado pela cocaína.

A dependência de nicotina desenvolve-se rapidamente e é aumentada por fortes fatores sociais como o incentivo de fumar em determinadas situações e os meios de publicidade que exaltam o hábito de fumar.

A abstinência é caracterizada pela cessação abrupta do uso de nicotina ou redução considerável, dentro de 24 horas por, no mínimo, quatro dias apresentando os seguintes sinais: humor deprimido, insônia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação, bradicardia, aumento do apetite. Estes sinais afetam consideravelmente o usuário de nicotina em sua vida cotidiana. Os sintomas da

abstinência podem desenvolver-se em duas horas após o último cigarro, alcançando um pico em 24 – 48 horas, tendo duração de semanas e até meses.

A avidez pelo uso de nicotina é muito forte, o que dificulta quando o usuário deseja parar de fumar.

Muitos psicofármacos têm sido utilizados na farmacoterapia nos casos de uso de nicotina. Gomas de mascar com nicotina como a lobelina, clonidina, antidepressivos e buspirona têm sido utilizadas para auxiliar no tratamento do uso de nicotina. A administração transdérmica de nicotina (adesivos de nicotina) também tem sido muito utilizada.

Opioides

Opioide e opiáceo são palavras originadas de “ópio”, que é o suco da papoula *Papaver somniferum* (contém morfina dentre os 20 alcaloides que possui). Opioide é um narcótico sintético que se assemelha a um opiáceo em sua ação, mas não é derivado do ópio. Opiáceo é qualquer preparação ou derivação do ópio. A DSM-IV utiliza a nomenclatura opioide para abranger ambas as classes (opioide e opiáceo).

Os opiáceos sintetizados a partir de opiáceos naturais mais comuns são a heroína (diacetilmorfina) e a codeína (3-metoximorfina).

Os opiáceos e opioides podem ser consumidos oralmente, inalados ou injetados (intravenoso ou subcutâneo). Os sintomas ao uso incluem sensação de calor, peso nas extremidades, boca seca, coceira no rosto e, em particular, no nariz, e rubor facial.

A dependência e o abuso de opioides não são definidos especificadamente.

A intoxicação é caracterizada por alterações comportamentais e psicológicas (euforia seguida por apatia, disforia, agitação ou retardo psicomotor, julgamento comprometido) e alguns sintomas fisiológicos, a saber: miose, fala arrastada, sonolência, comprometimento na atenção e/ ou memória, e torpor ou coma.

O delirium por intoxicação com opioides ocorre mais frequentemente após o uso de altas doses, quando são administrados com outras substâncias psicoativas ou quando o usuário possui dano cerebral anterior.

A abstinência caracteriza-se por cessação ou redução de uso pesado e prolongado, administração de algum antagonista de opioides após um período de uso de opioide, presença de três ou mais dos seguintes sintomas: humor disfórico, dores musculares, lacrimejamento, midríase, sudorese, insônia, entre outros.

Uma das formas de tratamento que é importante se ter consciência é a redução de danos, ou seja, fornecimento de seringas estéreis para administração da droga. Isto não deve ser entendido como incentivo ao uso da droga. É uma ação para prevenir danos maiores. A associação entre a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o compartilhamento de seringas de drogas injetáveis é bastante frequente e tem uma importância dentro da saúde pública. A lógica da redução de danos é conscientizar o usuário de droga injetável de três aspectos principais:

- 1 – da importância e necessidade de não compartilhar seringas, mesmo com companheiros/parceiros, devido aos perigos relacionados com doenças transmissíveis;
- 2 – dos malefícios que a droga produz no seu organismo como um todo e em sua vida social e familiar; e
- 3 – da prática do sexo seguro, com uso de preservativo, pensando especificamente no caso da AIDS.

Não basta apenas a distribuição de material, também é necessário um trabalho de conscientização e informação ao usuário.

A farmacoterapia inclui o uso de substitutos para os opioides, que suprimem os sintomas da abstinência. Exemplos: a metadona, levo-a-acetilmetadol (LMM), buprenorfina. Também são utilizados os antagonistas de opiáceos, que bloqueiam os efeitos destes, tais como a naloxona e naltrexona.

Heroína



A heroína induz analgesia, sonolência e alterações do humor. É o opiáceo mais utilizado por dependentes de opioides.

A síndrome de abstinência de heroína inicia de seis a oito horas depois da última dose, após um período de uma a duas semanas de uso contínuo.

A síndrome de abstinência atinge seu ponto máximo no segundo ou terceiro dia e reduz em sete a 10 dias. Mas alguns sintomas podem perdurar até seis meses ou mais.

Sedativos, Ansiolíticos e Hipnóticos

Os sedativos são drogas que reduzem a tensão subjetiva e induzem à tranquilidade mental. E os ansiolíticos atuam reduzindo a ansiedade. Os hipnóticos são utilizados na indução do sono.

Em doses elevadas, sedativos e ansiolíticos induzem ao sono, como os hipnóticos. Da mesma forma, os hipnóticos em doses baixas conduzem à sedação diurna, mecanismo de atuação dos sedativos e ansiolíticos.

Essas drogas estão disponíveis em via oral e intravenosa (injetável).

As drogas relacionadas a esses grupos de medicação são os benzodiazepínicos e os barbitúricos. Além das indicações psiquiátricas estes medicamentos podem ser utilizados como antiepilético, relaxante muscular,

anestésico.

Benzodiazepínicos

Exemplos de benzodiazepínicos (BDZ) são o diazepam, flurazepam, oxazepam e clordiazepóxido. Os BDZ são utilizados primariamente como ansiolíticos, hipnóticos, antiepiléticos, anestésicos e para a abstinência do álcool.

Barbitúricos

Os barbitúricos são drogas mais antigas do que os BDZ. Atualmente, essas drogas são encontradas e comercializadas por traficantes. Os exemplos delas são o secobarbital (vermelhinho, demônio vermelho), pentobarbital (jaquetas amarelas, amarelos) e uma combinação de secobarbital e amobarbital (arco-íris). Todas as três substâncias supracitadas estão sob a mesma forma de controle legal que a morfina.

A intoxicação por essas três drogas é caracterizada por alterações comportamentais e/ ou psicológicas, tais como comportamento sexual ou agressivo inadequados, instabilidade de humor, julgamento comprometido. Também é acompanhada de pelo menos um sinal físico, quais sejam: fala arrastada, incoordenação, marcha instável, comprometimento da atenção e/ ou da memória, estupor ou coma.

A intoxicação com BDZ pode estar associada com desinibição de comportamento, tornando a pessoa agressiva ou hostil. Esses efeitos são percebidos mais frequentemente quando o uso de BZD é associado ao uso de álcool. A intoxicação com BDZ é associada com menos euforia do que nas demais drogas.

Em doses relativamente baixas a síndrome de intoxicação com barbitúricos não se diferencia da intoxicação com álcool. Os sintomas incluem aqueles da intoxicação geral (das três drogas supracitadas) além de hostilidade, ideação paranoide e suicida, estrabismo, diplopia, reflexos superficiais diminuídos, dentre outros.

A sintomatologia da síndrome de abstinência de sedativos, ansiolíticos e hipnóticos inclui o tremor aumentado das mãos; insônia; alucinações ou ilusões

visuais, táteis ou aditivas transitórias; agitação psicomotora; ansiedade; convulsões.

A gravidade da síndrome de abstinência associada aos BDZ depende da dosagem e da duração do uso. O início dos sintomas ocorre dois a três dias após a cessação do uso, mas com drogas de longa ação, como o diazepam, o tempo de latência antes do início dos sintomas pode ser de seis dias. Os sintomas apresentados são: ansiedade, disforia, fotossensibilidade, sudorese, contrações musculares. O tratamento da abstinência consiste em redução gradativa da dosagem, podendo utilizar a carbamazepina.

A sintomatologia da síndrome de abstinência de barbitúricos vai de sintomas leves, ansiedade, fraqueza, sudorese, até sintomas severos como convulsões, delirium e morte. Os sintomas aparecem nos três primeiros dias de abstinência e as convulsões ocorrem no segundo/terceiro dias quando os sintomas estão piores. Uma opção de tratamento da abstinência é substituir os barbitúricos de longa duração pelo fenobarbital, que não produz sintomas tóxicos.

O delirium por intoxicação de sedativos, ansiolíticos e hipnóticos é indiferenciável do delirium tremens (abstinência do álcool) e é visto com mais frequência com a abstinência de barbitúricos.

Classificação e Avaliação Psiquiátrica

Atualmente, as classificações utilizadas em psiquiatria são duas. A primeira consiste na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, mais conhecida como CID, cuja versão mais atualizada é a décima, a qual chamamos CID-10, desenvolvido em 1992.

O CID-10 apresenta todas as doenças existentes no mundo. É dividida por grupo de doenças, que recebem uma letra e que podem ser sub-classificados, acompanhando a letra e um número. Os transtornos mentais são representados pela letra F, conforme o anexo.

A outra classificação utilizada em psiquiatria é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, publicado em 1994 em sua quarta edição, DSM-IV. Possui três eixos principais: I – transtornos clínicos; II – transtornos

de personalidade e retardo mental; e III – transtorno físico que esteja presente além do transtorno mental.

Uma classificação correlaciona-se com a outra.

Avaliação Psiquiátrica

Para realizar avaliação psiquiátrica do paciente usam-se muitas escalas, que possibilitam quantificar aspectos da psique, do comportamento e do relacionamento do paciente com as pessoas e sociedade.

Essas escalas podem medir pensamentos, humores e comportamentos.

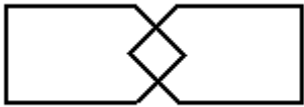
Auxiliam no diagnóstico e definição do tratamento do paciente.

O Miniexame do Estado Mental (MMES) é um teste rápido, simples e que indica o estado cognitivo do paciente. Possui 30 pontos e o “corte” é escore menor do que 20, indicando claro comprometimento.

Na tabela tem-se o MMSE.

Tabela – Mini-Exame do Estado Mental

Função avaliada	Ações a serem desenvolvidas	Pontuação
1. Orientação temporal (0-5)	Ano – Estação – Mês – Dia – Dia da Semana	
2. Orientação espacial (0-5)	Estado – Rua – Cidade – Local – Andar	
3. Registro (0-3)	Nomear: Pente – Rua – Caneta	

4. Cálculo - tirar 7 (0-5)	100-93-86-79-65	
5. Evocação (0-3)	Três palavras anteriores: Pente – Rua – Caneta	
6. Linguagem 1 (0-2)	Nomear um Relógio e uma Caneta	
7. Linguagem 2 (0-1)	Repetir: Nem aqui, Nem ali, Nem lá	
8. Linguagem 3 (0-3)	Siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.	
9. Linguagem 4 (0-1)	Ler e obedecer: Feche os olhos	
10. Linguagem 5 (0-1)	Escreva uma frase completa	
11. Linguagem 6 (0-1)	Copiar o desenho. 	

Outras escalas também podem ser utilizadas como a Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve, Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton, Escala do Funcionamento Defensivo, entre outras, dependendo do que se quer avaliar.

Tratamento em Psiquiatria

Podemos utilizar dois tipos de terapias para o tratamento em psiquiatria e saúde mental: o medicamentoso e as psicoterapias.

Dentre as psicoterapias pode-se citar a psicanálise, a psicoterapia analítica, a psicoterapia breve, a intervenção de crise, a psicoterapia de grupo, as terapias familiar e conjugal, a terapia comportamental, a hipnose e a terapia cognitiva. Aqui destacaremos a psicanálise, a intervenção de crise, a psicoterapia de grupo e a terapia familiar.

Psicanálise

A psicanálise trabalha com os problemas do paciente que derivam principalmente do passado, com pouca contribuição do presente.

A principal exigência desta terapia é integrar gradativamente o material reprimido à estrutura total da personalidade do paciente. Caracteriza-se por um processo lento, de longa duração. O objetivo do trabalho é preparar o paciente para lidar com o que foi descoberto, que gerava ansiedade.

Quando pensamos em psicanálise logo vem à mente um divã onde paciente fala e analista escuta. E realmente é isso, só que de forma a contribuir na recuperação do paciente.

O analista deve ser preparado para conduzir esta técnica, pois não deve tentar impor sua personalidade ou seus valores. Mas também não será um “papel em branco”, que não tem contribuição alguma.

A duração do tratamento como se sabe é longa, variando de três a seis anos. O tempo médio de cada sessão de análise é de 30 minutos.

Os métodos de tratamento envolvem a regra fundamental, associação livre, atenção livremente flutuante e regra da abstinência. A regra fundamental consiste em o paciente revelar tudo ao analista, o que foi denominado de associação livre, ou seja, o paciente deverá falar tudo que lhe vier à mente naquele momento, não se preocupando com certo ou errado. A atenção flutuante é a contrapartida do analista que deverá escutar atentamente as colocações do paciente, para que possa devolver ao mesmo. E a regra da abstinência é a capacidade do paciente de adiar a

gratificação de desejos instintivos para falar durante o tratamento.

O processo analítico é composto pelas fases de transferência (refere-se aos sentimentos e comportamentos do paciente com relação ao analista), a interpretação (o analista faz interpretações sobre eventos psicológicos que não foram compreendidos), contratransferência (refere-se ao aspecto de reações do analista ao paciente), aliança terapêutica (relacionamento real entre analista e paciente) e resistência (repressão do inconsciente por alguma razão, devendo ser superada para avançar no tratamento).

A psicanálise é indicada para alguns tipos de transtornos tais como os de ansiedade (fobias, transtorno obsessivo-compulsivo), transtornos depressivos leves, alguns transtornos de personalidade e alguns transtornos do controle dos impulsos e sexuais.

A análise auxilia na redução da intensidade dos conflitos e na possibilidade de encontrar novas maneiras de lidar com impulsos que não podem ser reduzidos.

Tem o objetivo maior de eliminar os sintomas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Intervenção de Crise

A intervenção de crise é oferecida a pessoas incapacitadas ou severamente perturbadas por uma crise.

Alguns critérios de seleção são utilizados para a participação nesta modalidade terapêutica: história de uma situação perigosa, recente e que produziu ansiedade; evento precipitante que intensificou a ansiedade; evidência do estado de crise psicológica; motivação para superar a crise; capacidade para reconhecer as razões da crise.

A terapia consiste na compreensão conjunta da psicodinâmica e sua responsabilidade pela crise. O terapeuta e o paciente atuam conjuntamente, buscando solucionar a crise.

As técnicas incluem reassseguramento, sugestão, manipulação ambiental e uso de medicamento, com a possibilidade de combinar uma breve hospitalização, no

intuito de diminuir a ansiedade.

A duração do processo de intervenção de crise pode durar até dois meses. O resultado mais notável desta terapia é a capacidade do paciente de se tornar melhor equipado para enfrentar outras adversidades.

Psicoterapia de Grupo

É um tratamento no qual pessoas enfermas emocionalmente, cuidadosamente selecionadas, são inseridas em um grupo, guiadas por um terapeuta para ajudarem-se mutuamente na mudança da personalidade.

As duas principais qualidades do grupo é que 1. possibilita o feedback imediato entre os participantes, e 2. oportuniza que todos (terapeuta e pacientes) observem as respostas que são dadas no e para o grupo, propiciando a variedade de transferências.

É importante que haja uma preparação dos pacientes antes de iniciar o grupo por parte do terapeuta, fazendo explicações e deixando-se à disposição para questionamentos e dúvidas.

O terapeuta, na psicoterapia de grupo, assume o papel de facilitador basicamente, deixando que os componentes do grupo conduzam o mesmo.

Os grupos não devem ter mais do que 15 e nem menos de 3 participantes. A frequência para a realização dos grupos pode variar de semanal a quinzenal, sendo que o importante é sua continuidade. A duração fica na média de uma a duas horas, não podendo se estender mais do que isso, porque torna-se cansativo e dispersivo.

Terapia Familiar

É destinada às famílias com elevado número de conflitos. Consiste em entrevistas com a família em sua totalidade, sendo adequadamente conduzida e orientada pelo terapeuta.

Os encontros ocorrem, em geral, semanalmente, sendo necessárias duas horas para o momento.

Há vários modelos de intervenção: modelo psicodinâmico-experencial (ênfata a maturação individual no contexto familiar), modelo de Bowen (diferenciação pessoal em relação à família de origem), modelo estrutural (família enquanto único sistema inter-relacionado), e modelo geral de sistemas (considera a família um sistema, cujas ações produzem reações em seus membros).

As técnicas também variam, conforme o que se deseja trabalhar. Terapia familiar em grupo (agrega várias famílias em um mesmo grupo), terapia da rede social (reúne a comunidade ou rede social do paciente), podendo haver outras possibilidades.

Os objetivos da terapia familiar são cinco:

- a) resolver ou reduzir o conflito e a ansiedade na família;
- b) favorecer a percepção e o preenchimento das necessidades emocionais uns dos outros, dentro da família;
- c) promover relações de papéis adequados;
- d) fortalecer a capacidade de cada um e da família como um todo; e
- e) influenciar a identidade e os valores familiares, para que busquem a saúde. Sendo que o objetivo principal é integrar a família no sistema maior, chamado sociedade.

Terapias Medicamentosas

Atualmente muitos são os agentes farmacológicos utilizados no tratamento de transtornos mentais. Estes agentes podem ser sub-divididos em antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, dentre outros.

Aqui se apresentam algumas destas categorias, incluindo aspectos gerais, com os nomes genéricos e comerciais dos medicamentos mais utilizados.

Antipsicóticos

Os antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, são medicamentos psicotrópicos, que apresentam efeitos sedativos e inibidores das

funções psicomotoras. Estes medicamentos são utilizados preferencialmente nas psicoses, mas também podem atuar como anestésicos.

O mecanismo de ação dos antipsicóticos, em geral, é causar bloqueio dos receptores de dopamina no cérebro.

Podem ser sub-classificados como típicos ou atípicos, cuja diferença consiste em que os representantes dos atípicos apresentam menos reações adversas.

Os principais representantes deste grupo são apresentados na tabela, que segue.

Tabela – Medicamentos antipsicóticos

Nome genérico (saís)	Nome comercial
Clorpromazina	Amplicitil, Longactil, Clorpromazina
Clozapina	Leponex
Droperidol	Droperidol
Flufenazina	Flufenan, Flufenan depot, Anatensol
Haloperidol	Haldol, haloperidol
Pimozida	Orap
Quetiapina	Seroquel
Risperidona	Risperdal
Tioridazina	Melleril

Antidepressivos

Os antidepressivos são drogas que atuam diretamente no cérebro, aumentando o tônus psíquico e melhorando o estado de humor. Em geral são utilizados para os casos de depressão.

Há três classes de antidepressivos, atualmente. Os antidepressivos tricíclicos mais utilizados no tratamento de depressão profunda; os inibidores seletivos de recaptação da serotonina, utilizados em depressões moderadas; e os inibidores da monoaminooxidase – IMAOS, que apresentam longa duração de ação.

Basicamente, os antidepressivos funcionam aumentando as concentrações de dopamina, noradrenalina e serotonina. Ainda podem ser categorizados em típicos e atípicos.

Na tabela apresentam-se os principais antidepressivos utilizados.

Tabela – Antidepressivos

Nome genérico (saís)	Nome comercial
Amitriptilina	Tryptanol, Amytril
Citalopram	Cipramil
Clomipramina	Anafranil
Fluoxetina	Daforin, Deprax, Eufor, Fluxene, Nortec, Prozac, Psiquial, Verotina
Fluvoxamina	Luvox
Imipramina	Imipra, Tofranil
Paroxetina	Aropax, Pondera

Reboxetina	Prolift
Setralina	Novativ, Sercerin, Tolrest, Zoloft
Venlafaxina	Efexor

Ansiolíticos

Os ansiolíticos são também conhecidos como tranquilizantes, sendo utilizados para reduzir a ansiedade e a tensão.

Dentre os ansiolíticos, os mais amplamente indicados são os benzodiazepínicos. Estes medicamentos exercem efeitos na neurotransmissão que é mediada pelo ácido gama-aminobutírico (GABA).

Os ansiolíticos mais utilizados são apresentados na tabela.

Tabela – Ansiolíticos

Nome genérico (saís)	Nome comercial
Alprazolam	Frontal, Apraz
Bromazepan	Lexotan, Somalium, Novazepam
Buspirona	Ansienon, Brozepax, Buspanil
Clonazepam	Rivotril
Clorazepato	Tranxilene
Clordiazepóxido	Limbitrol
Diazepam	Ansilive, Calmociteno, Compaz,
	Dienpax, Valium

Lorazepam	Lorax, Lorium, Mesmerin
-----------	-------------------------

Anticonvulsivante

Também chamados anticonvulsivos, estes fármacos são utilizados especificamente na prevenção e no tratamento de crises convulsivas, mais enfaticamente, nos casos de epilepsia.

Possuem mecanismos de ação distintos, mas todos com efeitos antiepilépticos.

Na tabela é possível reconhecer os mais utilizados no mercado.

Tabela– Anticonvulsivantes

Nome genérico (saís)	Nome comercial
Carbamazepina	Carbamazepina, Carmazin, Tegretard, Tregretol
Fenitoína	Fenidantal, Hidantal
Fenobarbital	Fenobarbital, Gardenal
Gabapentina	Neurotin
Primidona	Primidona
Ácido valpróico	Depakene, Epilenil

Vale ressaltar que muitos medicamentos são utilizados para vários problemas. Essa classificação serve apenas para facilitar no estudo dos psicofármacos, sendo

que um mesmo medicamento pode ser indicado para outra patologia diferente desta classificação.

Exemplo disto é o carbonato de lítio (Carbolim, Carbolitium, Litiocar, Neurolithium) que pode tanto ser indicado como antipsicótico como estabilizador de humor.

Mecanismos de defesa

Os mecanismos de defesa são formas utilizadas para passar por uma situação incômoda, para se esquivar de algo que não é agradável, enfim, para se defender de alguma possível ameaça.

As defesas podem ser classificadas em imaturas e maduras; sendo que as últimas são mecanismos adaptativos, normais e saudáveis na vida adulta.

Agora passaremos ao estudo dos principais mecanismos de defesa.

Identificação

A identificação com o objeto amado pode servir de mecanismo de defesa contra a ansiedade ou dor que acompanham a separação ou perda do objeto. Se a identificação ocorre por culpa, a pessoa identifica-se, com fins de autopunição, com uma qualidade da pessoa que é fonte dos sentimentos de culpa.

Introjeção

A introjeção de algo muito importante envolve a internalização de características deste objeto para estabelecer sua proximidade e presença constante. A ansiedade consequente à separação é diminuída. Se o objeto for perdido, a introjeção anula ou nega a perda, assumindo as características do objeto, preservando-o de alguma forma.

Regressão

Consiste em retornar aos estágios anteriores do desenvolvimento para evitar ansiedades ou hostilidades possíveis.

Somatização

É a conversão de derivados psíquicos em sintomas físicos, corporais: tendência a reagir com manifestações somáticas.

Deslocamento

Envolve uma substituição proposital e inconsciente de um objeto por outro, no interesse de resolver um conflito.

Dissociação

É a modificação temporária, porém drástica, do caráter e do senso de identidade individual, a fim de evitar a angústia. Inclui estado de fuga e reações de conversão histérica.

Externalização

É a tendência a perceber no mundo e nos objetos externos componentes de sua própria personalidade. É um mecanismo mais geral que a projeção, que é definida por sua derivação e correlação com introjetos específicos.

Isolamento

É a separação entre o afeto e seu conteúdo, resultando em repressão da ideia ou do afeto, ou no deslocamento do afeto para um conteúdo diferente.

Formação reativa

É o manejo de impulsos inaceitáveis permitindo sua expressão numa forma antiética.

Repressão

Consiste na expulsão e em manter fora da consciência uma ideia ou sentimento.

Altruísmo

Satisfação substituta, mas construtiva e gratificante pelo serviço prestado a outrem.

Antecipação

Implica no planejamento excessivamente preocupado e antecipado quanto ao perigo de possíveis resultados desfavoráveis.

Sublimação

É a gratificação de um impulso cuja finalidade é preservada, mas cujo alvo é convertido de socialmente objetável em socialmente valorizado. Por exemplo, a sublimação dos impulsos negativos ocorre por meio de jogos ou esportes prazerosos.

Supressão

É a decisão consciente ou semiconsciente de adiar a atenção para um

impulso consciente.

Negação

É uma defesa psicótica contra a realidade externa. Vê mas se recusa a reconhecer o que viu, ou ouve e nega o que foi ouvido. Mas nem toda negação é necessariamente psicótica.

Distorção

É a mudança grosseira da realidade externa para servir às necessidades internas.

Projeção

Perceber ou reagir a impulsos internos inaceitáveis e a seus derivados como se estivessem fora do self.

Identificação projetiva

Os aspectos indesejáveis do self são depositados em outrem, de modo que a pessoa que os projeta sente-se como se fosse uma só com o objeto de projeção.

Os mecanismos de defesa foram apresentados apenas para serem conhecidos e para facilitar o entendimento de algumas patologias nas quais eles são utilizados.

Classificação dos Transtornos Mentais conforme CID -10

Classificação dos transtornos mentais conforme CID-10	
F00 - Demência na doença de Alzheimer	F45 - Transtornos somatoformes

F01 - Demência vascular	F48 - Outros transtornos neuróticos
F02 - Demência em outras doenças classificadas em outro local	F50 - Transtornos da alimentação
F03 - Demência não especificada	F51 - Transtornos não-orgânicos do sono
F04 - Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas	F52 - Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica
F05 - Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas	F53 - Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte
F06 - Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	F54 - Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte
F07 - Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral	F55 - Abuso de substâncias que não produzem dependência
F09 - Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado	F59 - Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas
F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	F60 - Transtornos específicos da personalidade

F11 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos	F61 - Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade
F12 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides	F62 - Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral
F13 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos	F63 - Transtornos dos hábitos e dos impulsos
F14 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	F64 - Transtornos da identidade sexual
F15 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína	F65 - Transtornos da preferência sexual
F16 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos	F66 - Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação
F17 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo	F68 - Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
F18 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis	F69 - Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado
F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras	F70 - Retardo mental leve

substâncias psicoativas	
F20 - Esquizofrenia	F71 - Retardo mental moderado
F21 - Transtorno esquizotípico	F72 - Retardo mental grave
F22 - Transtornos delirantes persistentes	F73 - Retardo mental profundo
F23 - Transtornos psicóticos agudos e transitórios	F78 - Outro retardo mental
F24 - Transtorno delirante induzido	F79 - Retardo mental não especificado
F25 - Transtornos esquizoafetivos	F80 - Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem
F28 - Outros transtornos psicóticos nãoorgânicos	F81 - Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares
F29 - Psicose não-orgânica não especificada	F82 - Transtorno específico do desenvolvimento motor
F30 - Episódio maníaco	F83 - Transtornos específicos misto do desenvolvimento
F31 - Transtorno afetivo bipolar	F84 - Transtornos globais do desenvolvimento
F32 - Episódios depressivos	F88 - Outros transtornos do desenvolvimento psicológico
F33 - Transtorno depressivo recorrente	F89 - Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

F34 - Transtornos de humor [afetivos] persistentes	F90 - Transtornos hipercinéticos
F38 - Outros transtornos do humor [afetivos]	F91 - Distúrbios de conduta
F39 - Transtorno do humor [afetivo] não especificado	F92 – Transtornos mistos de conduta e emoção
F40 - Transtornos de ansiedade fóbica	F93 - Transtornos emocionais com início especificamente na infância
F41 - Outros transtornos de ansiedade	F94 - Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência
F42 - Transtorno obsessivo-compulsivo	F95 - Tiques
F43 - Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	F98 - Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência
F44 - Transtornos dissociativos [de conversão]	F99 - Transtorno mental não especificado em outra parte

Reforma Psiquiátrica

A ineficiência do modelo de assistência psiquiátrica que existia até a Segunda Guerra Mundial, prioritariamente hospitalocêntrico (hospital psiquiátrico), exigia uma transformação na Psiquiatria.

O movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu depois da Segunda Guerra, inicialmente na Europa, na intenção de transformar ou até mesmo extinguir os hospícios, manicômios e hospitais psiquiátricos existentes.

Outro ponto a considerar é que o período de guerra adoeceu muitos soldados, afetando também sua saúde mental. Isto contribuiu para que, no pós- guerra, se

pensasse uma nova maneira de tratamento na área da saúde psiquiátrica que não demorasse tanto tempo quanto uma internação psiquiátrica e que fosse menos deteriorante do que esta.

Juntamente com o desejo coletivo de construir uma sociedade mais livre e igualitária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a utilização da psicanálise e da saúde pública serviram como propulsores dos diferentes movimentos reformistas da psiquiatria.

Os idealizadores da reforma psiquiátrica tinham muitos motivos concretos e consistentes para suas críticas ao modelo hospitalocêntrico de atenção. Como aponta Costa-Rosa (2000) as relações que se desenvolvem no interior do hospital psiquiátrico são dominantes, verticalizadas (“de cima para baixo”) evidenciando a hierarquia, subordinação, exclusão, expropriação do saber e a divisão do trabalho e dos saberes em especialidades.

Como já foi visto anteriormente, a principal forma de tratamento no modelo hospitalocêntrico era a medicamentosa, não oferecendo oportunidades ao paciente de retomar sua vida e suas atividades e voltar ao seu espaço de convivência. O doente era efetivamente paciente: aquele que aguarda passivamente por tratamento, cuidado e atenção.

Tendo em vista as muitas limitações observadas neste modelo de tratamento e por, historicamente, estar vivenciando um momento de crescimento econômico e de reconstituição social, no pós-guerra, era necessário lançar um novo olhar à loucura e à doença mental.

Então se iniciam os movimentos de reforma psiquiátrica em todo o mundo. Estes movimentos resultaram em dois rumos principais que foram colocados ao manicômio: num primeiro momento realizando ações reformistas no interior de hospitais psiquiátricos, como foi o caso da psicoterapia institucional e a comunidade terapêutica; ou seu fechamento a exemplo da psiquiatria de setor, psiquiatria comunitária (desinstitucionalização) e psiquiatria democrática¹.

A partir de agora veremos como se constituíram cada um desses movimentos reformistas.

Psicoterapia Institucional

A psicoterapia institucional foi desenvolvida na França, sendo influenciada pela psicanálise. Constituiu-se na tentativa mais forte de salvar o manicômio.

Como considerava que os muros do hospital não era o que construía o manicômio, mas sim as pessoas que faziam parte dele, tanto profissionais quanto doentes, era imprescindível que a terapia envolvesse todos, entendendo que a instituição em seu conjunto era que deveria ser tratada.

A psicoterapia institucional é então definida como um conjunto de ações, desenvolvidas no interior do hospital psiquiátrico, que permite a criação de espaços de transferência; é o significante do coletivo e do individual.

As formas terapêuticas de institucionalização eram baseadas na reinvenção, na revolução permanente do hospital psiquiátrico e na criação de instituições alternativas.

A psicoterapia institucional foi a base para a setorização da psiquiatria, realizada em um segundo momento, também na França.

Comunidade Terapêutica

A lógica da comunidade terapêutica, iniciada na Inglaterra, eram grupos de discussões, onde o doente participava como responsável por seu tratamento juntamente com o médico, ainda no interior do hospital psiquiátrico¹.

A responsabilidade do tratamento pelo médico era dividida com os demais membros da comunidade, ou seja, os doentes.

A comunidade terapêutica, em seu íntimo, mantinha princípios como democratização de opiniões, tolerância, comunicação, liberdade de expressão, confronto com a realidade, atividades coletivas, participação do coletivo nas decisões¹.

A crítica a esses dois modelos reformistas é a de que o doente não retornava à sociedade, mas criava-se uma microssociedade no interior desses espaços, ainda fazendo a separação entre doente e não doente mental. Não havia uma interlocução

com o mundo social externo aos muros hospitalares.

Psiquiatria de Setor

A setorização ou psiquiatria de setor, também desenvolvida na França, buscava a estruturação de um serviço público e de qualidade para o tratamento da população com problemas mentais, para que tivessem acesso universal à saúde e ao tratamento da doença mental, contemplando igualmente uma ação em saúde pública que não ocorria no antigo espaço do hospital psiquiátrico. Eram criados locais de acordo com setores para que o atendimento não ficasse centralizado apenas em uma instituição e fosse desenvolvido na comunidade.

Era a busca de um atendimento mais humanizado, afastando o doente o menos possível de sua família e comunidade, proporcionando ao mesmo o máximo de autonomia.

A setorização na França ocorreu como consequência da psiquiatria institucional. Ainda assim, se tem muitos hospitais como centro de referência no atendimento às questões de psiquiatria e saúde mental.

Psiquiatria comunitária (Desinstitucionalização)

A psiquiatria comunitária consiste num processo de reformulação da assistência - experiência dos Estados Unidos. Inicia a ideia de desinstitucionalização. Além de sair da instituição hospitalar, também era preciso valorizar a pessoa e não apenas sua doença, diferenciando-a da loucura. Oferecer, igualmente, apoio e suporte necessários às famílias destes doentes para que as relações de poder dentro da família sejam modificadas. O paciente estava em sua comunidade, onde era conhecido, o que poderia ser considerado um fator positivo para que ele fosse auxiliado pela comunidade⁴.

O processo de desinstitucionalização não significa apenas “retirar” o doente de dentro do hospital psiquiátrico, mas sim de construir condições para que ele seja assistido em suas necessidades, com qualidade e sempre que for preciso.

Então, a partir dos movimentos de reforma psiquiátrica o foco da atenção em saúde mental deixa de ser a doença mental e passa a ser a produção da saúde mental.

A intenção é reconstruir com o doente mental, anteriormente institucionalizado, sua vida, suas relações, suas atividades. É considerá-lo como membro da sociedade, que tem sua contribuição no coletivo e que possui capacidades e habilidades.

Psiquiatria Democrática

A psiquiatria democrática, experiência italiana, era baseada no fechamento dos hospitais psiquiátricos, sendo devidamente assegurado pela legislação conforme veremos a seguir. Também visava à construção de centros de saúde mental nos bairros para que os pacientes fossem atendidos em sua comunidade, em serviços com portas abertas, acentuando a liberdade como forma de tratamento.

A ideia principal deste modelo de reforma era fazer com que o paciente retornasse à sociedade e, na medida do possível, retomasse suas atividades, sua vida.

A Lei 180 aprovada em maio de 1978 assegurava o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços alternativos na comunidade. Estabelecia, dentre outras diretrizes, que:

- a) eram proibidas novas internações a partir da promulgação da lei e também a construção de novos hospitais psiquiátricos;
- b) os serviços psiquiátricos na comunidade, no território, deveriam garantir atendimento contínuo. Poderiam dispor de leitos (não mais do que quinze) em unidades em hospitais gerais;
- c) a intervenção jurídica em casos de internação contra a vontade do paciente.

Franco Basaglia foi o principal ator da reforma psiquiátrica italiana. Nasceu em Veneza, Itália, em 1924, falecendo em 1980. Era médico e ao ingressar no

hospital psiquiátrico de Gorizia na condição de diretor (1968), iniciou ações no intuito de transformá-lo em uma comunidade terapêutica.

Porém, com o passar do tempo, percebeu que somente a humanização da assistência não seria suficiente para superar a miséria, por exemplo, dos internos. Então, iniciou o movimento de transformação radical, no sentido de extinguir o hospital psiquiátrico.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira

O movimento reformista no Brasil teve início no final dos anos 70, sendo contemporâneo à Reforma Sanitária. A Reforma Psiquiátrica brasileira foi influenciada pelo movimento reformista italiano.

O ponto crítico para o início do movimento de reforma psiquiátrica foi a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, que era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental. A crise ocorreu devido às precárias condições de trabalho, inadequação do quadro de recursos humanos, queixas salariais e o modelo médico-assistencial predominante. Aconteceu, então, a greve dos trabalhadores em 1978, quando se inicia a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, no Rio de Janeiro. Este movimento, inicialmente, organizou um quadro de críticas ao modelo clássico e hegemônico de tratamento, o médico-terapêutico. Na intenção de desenvolver uma ação no campo social da psiquiatria, este movimento elaborou um pensamento crítico com relação à saúde mental, permitindo visualizar a inversão desse modelo, por meio da desinstitucionalização.

Com isso foram abertas as portas à reforma psiquiátrica, pois uma parte da classe dos trabalhadores resolveu que queria mudar. Obviamente, tiveram o apoio dos pacientes, seus familiares e de uma considerável parte da sociedade.

Em 1987 ocorreram fatos importantes para que a Reforma Psiquiátrica desse mais um passo à frente. Em julho deste ano ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Esta conferência tinha como propostas gerais a ampliação do conceito de saúde, incluindo em seus determinantes as condições

gerais de vida, a participação popular na saúde mental e considerou também a questão dos trabalhadores da área, sugerindo que estes revisassem a efetivação do seu papel dentro desse novo modelo de atenção à saúde mental.

Esta conferência proporcionou que se pensasse em saúde não somente como ausência de doenças, mas a correlacionando com a vida social, cultural, econômica e política da pessoa.

O lema do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental ocorrido em dezembro de 1987, cujo lema clamava “Por uma sociedade sem manicômios”, apresentou três eixos básicos. O primeiro eixo era referente à ampliação da discussão da loucura, indo além de seu aspecto meramente assistencial. Outro ponto era com relação à organização dos profissionais de saúde mental com o Estado, para que fossem reconhecidos como trabalhadores da saúde pública. E o terceiro e último eixo buscava a reflexão sobre a prática profissional concreta, no cotidiano, para que houvesse efetivamente a ruptura com o isolamento social. Também atenta à necessidade de participação da sociedade nas discussões relacionadas à assistência em saúde mental e psiquiatria⁷ visto que a sociedade possui sua parcela de responsabilidade nesta questão.

Inspirado na lei Basaglia (Lei 180 – maio/ 1978) o então deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou um projeto de lei ao Congresso Nacional, no ano de 1987, que propunha uma mudança radical no que se referia à assistência em saúde mental. No projeto de lei constava que seriam proibidas novas internações em hospitais psiquiátricos e que a rede hospitalar psiquiátrica seria extinta em até cinco anos. Propunha também tratamentos alternativos e a interferência da autoridade judiciária que julgaria a internação ou não, quando solicitado pelo paciente. Este projeto de lei tramitou por 12 anos no Senado, sofrendo várias modificações. O interesse político e econômico para que os hospitais psiquiátricos se mantivessem em pleno funcionamento dificultaram o andamento do processo de reforma. Continuam, ainda nos dias de hoje, porém com uma força bastante reduzida.

A Declaração de Caracas, aprovada por aclamação na Conferência do dia 14 de novembro de 1990, destaca a reestruturação da assistência psiquiátrica, revisando o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico enquanto

única forma de tratamento. Reflete sobre a psiquiatria na comunidade, na busca da promoção de novos modelos, modelos alternativos ao cuidado oferecido à pessoa em sofrimento psíquico.

Somente no dia 06 de abril de 2001 é que foi sancionada a lei nº10.216 (também chamada Lei Paulo Delgado), que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Neste momento algumas mudanças básicas tiveram início. A começar pela nomenclatura dada ao doente mental: não se usa mais paciente, mas usuário, no sentido de que ele é um usuário de um serviço de saúde, serviço de saúde mental especificamente. Do modelo hospitalocêntrico passamos ao modelo psicossocial, que busca um olhar abrangente sobre este ser humano que sofre de um transtorno mental. A família, de culpada e “sem serventia” torna-se aliada e parceira no tratamento do seu familiar doente. Talvez essas sejam pequenas mudanças, mas que configuram o novo olhar que está sendo proposto à saúde mental.

O modelo psicossocial apresenta pontos relevantes em sua prática, tais como a interdisciplinaridade, a relação com o usuário e suas implicações subjetiva e sócio-cultural, o usuário considerado o participante principal de seu tratamento, o incentivo para que a família e a sociedade assumam a parte de seu compromisso na atenção e no apoio à pessoa em sofrimento psíquico, e a ênfase na reinserção social e a recuperação da cidadania do usuário. No modelo proposto pela reforma a intenção é que o usuário seja visto como cidadão, que têm direitos e deveres e não como uma doença com código, sinais e sintomas apenas.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 1992, tinha como proposições gerais a atenção integral territorializada, direitos, e terapêutica cidadã. Nesta época já havia no país experiências consolidadas de serviços substitutivos. A saúde mental brasileira passava por um processo de transformação na teoria, na prática, na parte jurídica e cultural. Um dos pontos do relatório da II CNSM foi a atuação integral e cidadania, onde os princípios do Sistema Único de Saúde foram reafirmados, propondo a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada (deliberações desta conferência), desospitalizando ao máximo. Alerta também para a construção

coletiva do saber, entre trabalhadores e população. Apenas vale reforçar que a desospitalização não se refere somente à alta hospitalar, mas sim em ter as condições necessárias e favoráveis para que o atendimento ao doente mental seja de qualidade e, acima de tudo, no momento em que ele necessite.

A reforma psiquiátrica não deve ser entendida apenas como a mudança do modelo de atenção e a substituição dos manicômios por serviços de atenção diária. É um movimento social de inclusão, de reintegração social e de reconstrução, na busca – cotidiana e permanente – do novo lugar do doente mental na sociedade.

Desta forma se configura uma nova política, a política de saúde mental, constituída para atender a todas essas mudanças que o movimento de Reforma Psiquiátrica propôs à psiquiatria.

Política Nacional de Saúde Mental

De acordo com o novo modelo de atenção à saúde mental, denominado psicossocial, fez-se necessário adequar as condições políticas, econômicas e sociais para que ele fosse implantado de forma a atender às necessidades dos usuários, familiares e sociedade.

Era exigida a implantação de uma rede de atenção integral à saúde mental de âmbito nacional, sendo adaptada pelos estados, conforme suas necessidades, facilidades e dificuldades.

A rede de atenção integral à saúde mental é um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partem de uma visão integrada da vida da pessoa, desenvolvendo intervenções educativas, assistenciais e de reabilitação, de base comunitária. A ideia de rede tem como eixo a municipalização, a territorialidade e a produção de saúde. Fazem parte da rede de atenção integral à saúde mental:

a) atenção básica em saúde mental: atendimento oferecido pelas Unidades Básicas, contemplando ações desde proteção e promoção da saúde até o diagnóstico e tratamento da doença, e a participação do Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS e Estratégia Saúde da Família – ESF (antigo PSF);

b) atenção especializada em saúde mental: contempla:

1. serviços em nível ambulatorial: ambulatório com equipe de saúde mental, ambulatório especializado em saúde mental e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS;
2. serviços em nível hospitalar: hospital-dia, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, leitos ou unidade psiquiátrica em hospital geral;
3. Serviço Residencial Terapêutico.

Passaremos, agora, ao estudo destes espaços especializados e substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Atenção em nível ambulatorial

Ambulatórios

O ambulatório atende transtornos mentais menores, o que representa em torno de 9% da população brasileira.

Este dispositivo é normatizado pela Portaria/ SNAS nº224 de 29 de janeiro de 1992, que orienta para o atendimento ambulatorial em saúde mental. O ambulatório deverá conter equipe multiprofissional composta por diversas categorias profissionais especializadas (médico psiquiatra, médico clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, pessoal auxiliar, entre outros), cuja composição e atribuições ficam a cargo do órgão gestor local. A equipe deverá desenvolver atividades individuais (consulta, psicoterapia), grupais (grupos operativos, terapêutico, de orientação, sala de espera, educação em saúde), comunitárias e visitas domiciliares.

Dados de 2006 apontam para a existência de 862 ambulatórios de saúde mental. Algumas dificuldades deste serviço constituem-se em sua pouca articulação com os demais serviços de saúde mental como os CAPS e com o território bem como sua baixa resolutividade.

Acredita-se que seja necessária e imprescindível uma reformulação deste serviço, visto que ele tem fundamental importância como componente da rede

integral à saúde mental.

Unidades Básicas de Saúde

Segundo a legislação de 1992, o atendimento ambulatorial também envolve o atendimento na unidade básica de saúde, tendo, portanto, as mesmas especificações do que o atendimento em ambulatórios.

Porém, com o advento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Programa, hoje chamada Estratégia Saúde da Família – ESF, fez-se necessário repensar as ações nas unidades básicas. Em 2001 foi realizada uma oficina de trabalho para discutir a inclusão das ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. Participaram desta oficina secretários estaduais e municipais de saúde de vários estados de país. E uma das recomendações foi a implantação de equipes de saúde mental – ESM para atuarem concomitantemente às ESF, na área de abrangência, tratando dos casos de saúde mental. Em alguns locais do Brasil isto foi implantado e vem mostrando bons resultados.

Mas ainda há a ideia de que saúde mental não pode ser atendida na atenção básica, por ser uma especificidade que exige grande conhecimento e manejo. É mais fácil encaminhar o usuário para um atendimento especializado em saúde mental do que tentar ações junto à família e à comunidade deste usuário, aproximando-o de suas redes de suporte para o sucesso de seu tratamento.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os CAPS são serviços substitutivos, constituindo-se em serviços ambulatoriais de atenção diária. Estes serviços têm a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando segundo a lógica da territorialidade. Deve garantir também que as relações entre trabalhadores e usuários sejam centradas no acolhimento, no vínculo e na responsabilização de cada membro da equipe. A atenção prestada por este serviço deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a inserção social dos usuários,

respeitando as possibilidades individuais bem como os princípios de cidadania que minimizem o estigma, promovendo melhor qualidade de vida aos usuários.

Os CAPS são regulamentados pela Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002 que define e estabelece as diretrizes para o funcionamento destes serviços.

Aqui é importante saber que os CAPS são categorizados de acordo com seu porte e a clientela que atendem, recebendo as denominações de CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi e CAPSad. A equipe dos serviços também é definida de acordo com sua categoria.

Dentre as atividades que o serviço deverá desenvolver para seus usuários constam atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterapia, orientação), grupais (grupo operativo, oficinas terapêuticas, psicoterapia), visitas domiciliares, atendimento à família (tanto individual como em grupos), e fornecer refeições de acordo com o tempo de permanência do usuário no serviço: um turno terá direito a duas refeições e dois turnos, a três refeições.

O CAPS para entrar em funcionamento deve ser cadastrado junto ao Ministério da Saúde. Para realizar o cadastramento deve-se atender às diretrizes da portaria nº336/ 2002 e também apresentar um projeto terapêutico. O projeto terapêutico é um documento em que constam os objetivos do serviço, as atividades que serão desenvolvidas, os profissionais que as desenvolverão, dentre outras informações.

Para melhor sistematizar o serviço, o CAPS utiliza o Plano Terapêutico Individual – PTI, que é um documento onde estão colocadas as atividades que determinado usuário participará bem como outras informações, tais como a medicação que o mesmo está utilizando. Porém, em muitas realidades a folha destinada ao preenchimento do PTI existe junto ao prontuário do usuário, mas está em branco.

A expansão destes serviços foi fundamental para a mudança do cenário da atenção em saúde mental no Brasil. No relatório de gestão publicado em janeiro de 2007, vemos o crescimento alcançado pelos CAPS no país.

Tabela – Número de CAPS no Brasil

Número de Centros de Atenção Psicossocial					
UF	2002	2003	2004	2005	2006
Região Norte					
AM	0	0	0	1	3
AC	0	1	1	1	2
AP	1	1	2	2	2
PA	12	15	19	20	24
TO	4	5	5	5	5
RR	0	1	1	1	1
RO	2	3	4	7	9
Região Nordeste					
AL	6	7	7	13	35
BA	14	32	37	42	89
CE	24	26	29	36	57
MA	4	5	6	19	36
PB	2	4	12	16	34
PE	11	17	20	24	31
PI	1	1	3	10	21

RN	6	7	9	12	21
SE	3	8	13	16	20
Região Centro-Oeste					
DF	2	2	2	3	3
GO	6	11	13	16	19
MT	9	12	17	24	28
MS	4	4	5	9	12
Região Sudeste					
ES	6	7	9	11	15
MG	56	67	80	91	105
RJ	51	52	59	63	72
SP	105	110	127	143	166
Região Sul					
PR	15	16	22	31	54
RS	55	61	70	78	97
SC	25	25	33	44	50
TOTAL	424	500	605	738	1011

Fonte: Coordenação de Saúde Mental

O Ministério da Saúde considera os CAPS como serviços estratégicos e ordenadores no que tange a organização da rede de atenção integral à saúde

mental em determinado território. A figura mostra como se dá a articulação dessa rede a partir do CAPS.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

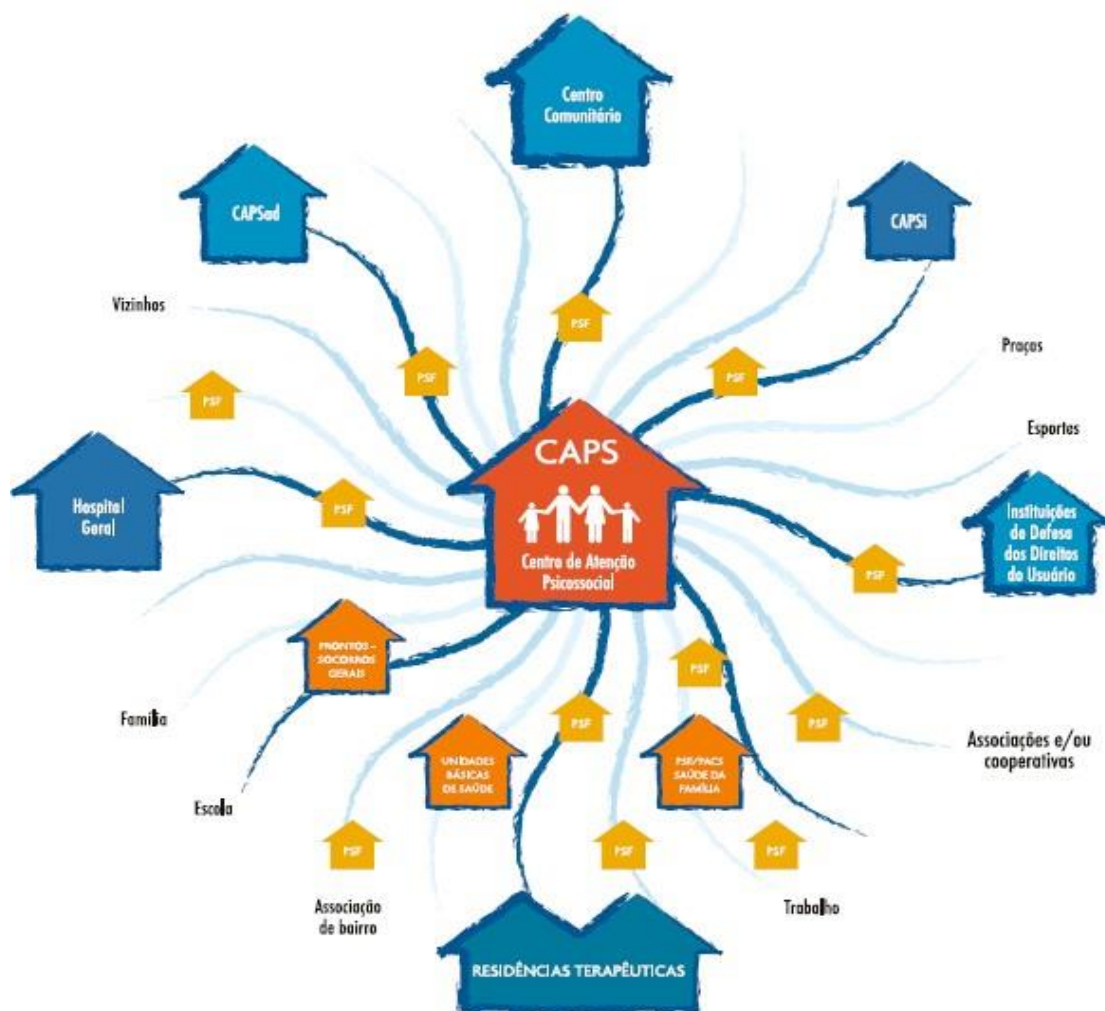
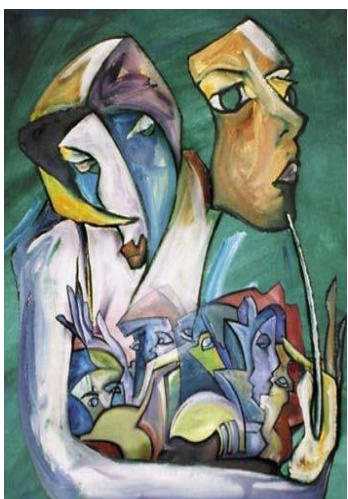


Figura – Rede de Atenção à Saúde Mental Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Muitas vezes o serviço do CAPS não funciona da maneira como deveria, segundo suas normas e diretrizes, o que abre precedente para que críticas sejam construídas no sentido de menosprezar este serviço, considerando como uma assistência ruim, de má qualidade. O fato é que, em muitas situações, há uma grande demanda para esses serviços, o que gera uma sobrecarga ao trabalhador e a ineficiência na prestação do serviço. Isto se deve ao fato do não funcionamento ou do mau funcionamento da rede dos serviços de saúde mental como um todo,

gerando dificuldades.

Outro ponto a ser considerado é a constituição da equipe de profissionais dos CAPS. Quem são estes profissionais? Optaram por trabalhar na área de saúde mental? Entendem a proposta da Reforma Psiquiátrica? Acreditam no movimento reformista? Querem que esta reforma dê certo? O que fazem em seu cotidiano para melhorar a condição do usuário? Estes são questionamentos que podem facilitar a compreensão de algumas coisas dentro da saúde mental. Muitas vezes as dificuldades são encontradas a partir destas simples respostas. Se o profissional não exercer seu papel de “reformista”, ou seja, se ele não desejar a reforma, será difícil efetivar essa proposta de atenção, pois o serviço é formado a partir dos usuários, mas também do corpo profissional que ali atua.



Curiosidade

Luis da Rocha Cerqueira (1911-1984), psiquiatra, foi um dos precursores da psiquiatria social no Brasil. Em 1973, enquanto Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo criou o Centro de Atenção Diária.

Posteriormente, o primeiro CAPS fundado, em 1987, recebeu seu nome em homenagem à sua luta pela causa maior da saúde mental.

Pesquisas nos CAPS

Atualmente, muitos pesquisadores têm-se preocupado em avaliar a qualidade do atendimento oferecido no CAPS. Não na intenção de cobrança ou levantamento de erros ou problemas, mas sim na tentativa de auxiliar no funcionamento mais adequado possível destes dispositivos de saúde.

Os resultados das pesquisas mostram que há preocupação por parte dos

profissionais em estarem realizando um trabalho de qualidade. Os usuários e familiares, em geral, gostam destes serviços e o ajudam quando e da maneira que podem. Mas, por outro lado, há muitas dificuldades a serem vencidas: muitas faltas (desde estrutura física até condições adequadas de trabalho), desacertos políticos, entre outros.

Porém, por estes serviços já serem considerados grandes propulsores da reforma psiquiátrica, também existe muita força e muito esforço para que superem seus problemas e adversidades e se mantenham em funcionamento.

Congresso Brasileiro de CAPS

O primeiro Congresso Brasileiro de CAPS aconteceu em São Paulo, no período de 28 de junho a 1º de julho de 2004. O tema do encontro foi “Cuidar em liberdade e promover a cidadania”.

Participaram do evento: profissionais e estudantes da área da saúde, gestores, sociedade em geral, usuários de serviços de saúde mental e seus familiares.

O congresso foi organizado sob três eixos temáticos: a construção e o fortalecimento de laços sociais para o portador de transtornos mentais, o cuidado cotidiano nos CAPS e as relações entre trabalhadores, pacientes e seus familiares.

Em paralelo aconteceu também a Mostra Nacional de Produtos e Ideias dos CAPS, na qual os serviços expuseram os trabalhos que produziram nas oficinas de trabalhos manuais.

Foi um evento que possibilitou uma conversa aberta com todos os envolvidos com a temática da saúde mental.

Atenção em nível hospitalar

Hospital-dia

O hospital-dia tem caráter de atenção hospitalar na assistência em saúde

mental, sendo um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. O serviço funciona cinco dias na semana (de segunda a sexta-feira), com carga horária de 8 horas diárias para cada paciente. Atende em média 30 pacientes-dia, contando com equipe multiprofissional. O serviço deverá estar situado em área específica, independente da estrutura hospitalar, tendo salas para grupos, refeitório, área externa (ao ar livre) e alguns leitos para repouso dos usuários. Preferencialmente é um serviço regionalizado, atendendo a uma população de determinada área geográfica, fazendo parte da rede de atenção integral à saúde mental.

As atividades propostas para este tipo de serviço são semelhantes às desenvolvidas no CAPS, tendo o usuário o direito a três refeições diárias.

Este serviço foi um dos primeiros do Sistema Único de Saúde a garantir o cuidado em sistema de “portas abertas” à pessoa com transtorno mental. Atualmente é um recurso que está em fase de superação, pela ampliação da rede de serviços ambulatoriais, e por sua baixa efetividade na reinserção social do usuário egresso de internações. Porém, teve uma relevância histórica no processo de transformação da assistência psiquiátrica¹².

No Brasil ainda existem 24 hospitais-dia em saúde mental cadastrados no Ministério da Saúde.

Serviços de urgência e emergência psiquiátrica

Estes serviços têm o objetivo de evitar a internação em hospitais, para que o usuário retorne o mais rapidamente ao convívio social. Geralmente são atendimentos que ocorrem em modalidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, 24 horas, e contam com leitos de internação com duração máxima de 72 horas e equipe multiprofissional. Devem ser regionalizados e desenvolver atividades como avaliação (médica, psicologia e social), atendimentos individuais (medicamentoso, orientação), grupais (grupo operativo) e atendimento à família (orientação, esclarecimentos).

Atendem episódios agudos dos transtornos mentais, com algum tipo de risco que necessitem de intervenção imediata.

A alta deverá referenciar o usuário a algum serviço extra-hospitalar. Havendo necessidade de continuidade da internação, deverá encaminhar o usuário a outro dispositivo hospitalar.

Leitos ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

O objetivo destes dispositivos é oferecer retaguarda hospitalar quando a internação se fizer necessária. Igualmente aos demais serviços contam com equipe multiprofissional. Os leitos não podem ultrapassar 10% da capacidade do hospital, não podendo passar de 30 leitos. Devem ter, além do espaço próprio hospitalar, salas para atividades e área externa. As atividades desenvolvidas neste espaço contemplam as mesmas oferecidas nos serviços de urgência e emergência, contando ainda com a preparação do usuário para a alta hospitalar.



O Hospital Psiquiátrico

O hospital psiquiátrico não é considerado como serviço componente da rede de atenção integral à saúde mental, pela mudança do modelo. Mas ainda é utilizado como recurso de saúde. Pretendemos que ele seja extinto o mais rapidamente possível.

Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT

Nos primeiros resultados obtidos pelo processo de Reforma Psiquiátrica, surgiu a questão do que fazer com os pacientes que tinham plenas condições de alta hospitalar, mas não contavam mais com apoio social e familiar. Então, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, foi proposto que se pensasse em estratégias para implantação de “lares abrigados ou protegidos”, assim chamados inicialmente.

Tendo em vista as experiências bem sucedidas de localidades como Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre

(RS) de iniciativas de reinserção social da pessoa na comunidade, pensou-se na criação destes novos espaços de socialização.

As residências terapêuticas são alternativas de moradia para pessoas com transtornos mentais que não contam com suporte familiar e social adequados, especialmente os egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Constituem-se em casas em espaço urbano, podendo atender de 1 até no máximo 8 usuários, contando sempre com apoio de profissionais, seja de equipe de CAPS, unidade básica ou outros profissionais da saúde em condições de atendê-los.

O SRT é assegurado pela Portaria nº106 de 11 de fevereiro de 2000. A regulamentação destes serviços é toda visando a inserção do usuário na comunidade. Para sua implementação deverá conter um projeto terapêutico.

O SRT deverá estar vinculado a algum serviço ambulatorial, geralmente os CAPS. Estes, por sua vez, deverão atuar na assistência e supervisão das atividades da residência, tendo, no mínimo, um profissional de nível superior e dois de nível médio, com especialização, experiência ou capacitação na área de saúde mental.

Os moradores das residências terapêuticas podem ser egressos de hospitais psiquiátricos, pessoas em acompanhamento em CAPS com dificuldades para moradia e moradores de rua com transtorno mental, que não possuam essa rede de suporte, para que possam ser incluídos nessa modalidade.

Cerca de 10.000 (dez mil reais) são repassados pelo Ministério da Saúde para cada SRT implantado, para que sejam realizados ajustes no imóvel, e a compra dos materiais e equipamentos para a moradia.

É de fato uma casa, um lar. As pessoas que ali residem são responsáveis pela casa, como se fossem as “donas”. Lá eles cozinham, lavam, arrumam, limpam, cuidam, como se estivessem na sua casa.

Hoje no Brasil existem 475 SRT que atendem cerca de 2.500 moradores¹³. Isto revela que a transformação vem acontecendo, embora ainda se tenha muito para melhorar. O SRT é relativamente novo, assim como os demais dispositivos substitutivos. Sendo assim, todos têm que aprender a viver e trabalhar neste novo modelo.

Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa – PVC foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reintegrar socialmente as pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações. É assegurado pela Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003 e consiste no pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

O benefício consiste no pagamento mensal de um auxílio financeiro no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais), pagos durante o período de um ano. Os beneficiários deste programa são pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de hospitais psiquiátricos cadastrados no SIH/SUS, por um período ininterrupto de dois anos ou mais, quando as condições clínicas e sociais não justifiquem mais a permanência desta pessoa no hospital. Pessoas moradoras de residências terapêuticas e egressas de hospitais de custódia também podem receber o benefício, conforme decisão judicial.

Inicialmente o município deve aderir ao programa junto ao Ministério da Saúde. Os beneficiários serão incluídos no programa após o preenchimento da solicitação de inclusão pelo beneficiário, que é feita via município, e pela avaliação da equipe de saúde para inclusão da pessoa no programa.

O município participante do programa deverá garantir a atenção continuada em saúde mental ao beneficiário. Deverá contar, para tal, com uma equipe de saúde específica de apoio direto aos beneficiários, fazendo parte desta pelo menos um profissional da área de saúde mental com formação de nível superior.

O pagamento será feito diretamente ao beneficiário ou seu representante legal em casos especiais. É necessário que o beneficiário possua o Número de Identificação Social (NIS) e também uma conta bancária junto a Caixa Econômica Federal. Desta forma, o gestor local informará ao Ministério da Saúde os dados do beneficiário (nome, NIS, conta) para que ele passe a receber conforme cronograma de pagamento.

A renovação do benefício é possível, mediante uma avaliação das condições do usuário pela equipe de saúde que o acompanha. Se for confirmada a necessidade deste continuar recebendo benefício para seu processo de reabilitação

psicossocial a equipe do município deve enviar ao Ministério da Saúde sessenta dias antes do término da vigência do benefício a solicitação de renovação. O Ministério irá avaliar e posteriormente conceder ou não a renovação.

O controle e a avaliação do programa ficam a cargo das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. No âmbito federal, o Ministério da Saúde constituiu uma Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa, conforme a portaria nº 2.078 de 31 de outubro de 2003.

É um programa de acordo com a lei da Reforma Psiquiátrica, que visa reinserir o usuário socialmente, oferecendo-lhes algumas condições para isto.

Economia solidária e saúde mental

O Programa Economia Solidária visa à geração de trabalho e renda, a inclusão social e a promoção do desenvolvimento justo e solidário.

A economia solidária vem de uma idéia de cooperativa, constituindo-se em uma associação de pessoas que têm os mesmos direitos sobre a atividade coletiva na qual participam. Envolve ousadia, sonho, desejo e relações que vão além da mera produção, atingindo o social¹⁸.

É uma forma de proporcionar ao usuário da saúde mental a oportunidade de um trabalho que seja remunerado. É um incentivo às capacidades dessas pessoas, que certamente possuem muitas, mas não são abordadas da melhor forma, muitas vezes.

Esta proposta é ainda recente no Brasil, tendo sido realizada uma oficina em final de 2004, onde participaram o Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Pedro Gabriel Delgado (2007), o Secretário Nacional de Economia Solidária, Paul Singer (2007) e também profissionais, usuários e familiares de serviços de saúde mental.

Certamente a economia solidária se constitui numa forma de inclusão social, despertando na sociedade e até mesmo no próprio usuário a idéia de que as diferenças contribuem para a grandeza do todo. E que mesmo o “louco” (para aqueles que ainda o enxergam assim) tem sua contribuição como cidadão para a sociedade.

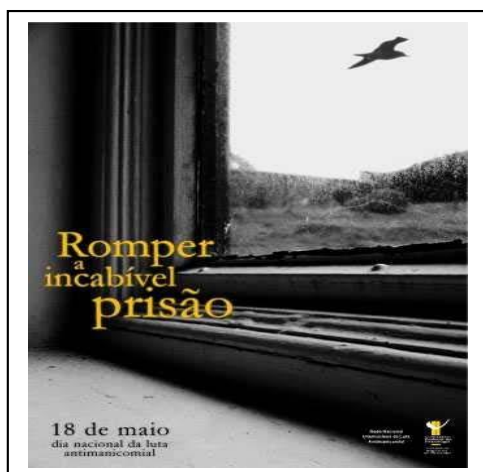
Dia Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil

No dia 18 de maio é comemorado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil. Neste dia, todas as pessoas envolvidas ou mesmo simpatizantes do movimento de reforma psiquiátrica no país realizam atividades de informação e esclarecimento à população em geral sobre as questões de saúde mental, reforma, loucura, outros.

As agendas são as mais variadas: palestras, feiras com exposição de trabalhos produzidos em serviços de saúde mental, caminhadas, shows, apresentações artísticas de grupos da saúde mental, panfletagem, apresentação de vídeos, conferências, inauguração de serviços de saúde mental, distribuição de materiais, entre outros.

Esta data é comemorada há vinte anos no país das mais diversas formas dependendo do local, mas com o mesmo objetivo: deixar claro que a cidadania é um direito de todos. É um momento de “mostrar a nova cara da loucura”: indo às ruas, falando abertamente de doença e saúde mental, loucura, tratamento; mostrando que todos, mesmo aqueles que não têm um doente na família, são responsáveis pelos passos para frente ou para trás do movimento reformista. É mostrar podemos conviver com as diferenças e que estas são importantes na construção de um mundo verdadeiramente democrático. É a oportunidade de envolver a sociedade mais ampla nesta luta que preza a vida.

Cartazes – 18 de maio



Álcool e outras drogas

Em 2004 foi publicado pelo Ministério da Saúde A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Nesta publicação o Ministério comprometeu-se com a prevenção, tratamento e reabilitação de usuários de álcool e outras drogas, bem como com a formulação, execução e avaliação de uma política pública de atenção a esta clientela, tendo como um dos objetivos atingirem a abstinência destes usuários.

O objetivo maior desta política é criar novas condições e novos caminhos para serem trilhados por estes usuários.

No assunto em pauta é comum trabalhar-se com a redução de danos. A redução de danos é um dos possíveis métodos para tratamento de dependência química, não sendo o único. Mas é uma prática que gera bons resultados, porque aumenta o grau de liberdade e a co-responsabilidade do usuário, e também estabelece vínculos fortes entre usuário e equipe de profissionais, que também são co-responsáveis por este usuário. É construída uma rede de vínculos sociais para fortalecerem o usuário na sua decisão. Também são fornecidas informações sobre os danos que as drogas causam na vida da pessoa, alternativas de lazer e atividades livres de drogas, buscam (re) construir e manter a rede social de suporte do usuário, dentre outros. E há a distribuição de material como seringas descartáveis e preservativos masculinos como forma de incentivar o uso destes materiais prevenindo danos maiores à saúde.

A questão das drogas também está muito relacionada com o início da vida sexual, com as condutas de grupos de amigos. Há uma grande relação entre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS com o uso de drogas injetáveis. Por isso que deve-se pensar numa proposta que abranja todas as idades, classes sociais, sexo, cor, enfim, todos que se envolvem com as drogas.

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas é regulamentado pela Portaria GM nº816 de 30 de abril de 2002.

Os CAPSad são os mais conhecidos dispositivos no âmbito do SUS para o

tratamento, prevenção e promoção à saúde de usuários de álcool e outras drogas.

As campanhas contra o uso de drogas são bastante veiculadas na mídia em geral e também este é um assunto que vem sendo abordado mais frequentemente em escolas e universidades, pelo elevado número de jovens dependentes químicos.

É um assunto que deve permear as conversas em família, quebrando o tabu e alertando os jovens para os riscos que correm ao, somente, experimentarem qualquer droga.

Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio



O governo federal também alerta para o suicídio e apresenta uma proposta de programa nacional para prevenção de suicídio.

O “Amigos da Vida” é a logomarca da Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio.

É um programa relativamente novo, tendo suas diretrizes regulamentadas pela Portaria GM nº1.876 de 14 de agosto de 2006.

No dia 10 de outubro do mesmo ano foi lançado o Manual de Prevenção de Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, que aborda os principais

transtornos que levam ao suicídio, como manejar na situação de risco de suicídio, e como encaminhar a pessoa com risco de suicídio.

Nise da Silveira (1905-1999)



Vale ressaltar aqui a importância de Nise da Silveira, que foi psiquiatra, e no período de 1946 a 1974 dedicou-se ao Centro Psiquiátrico Nacional onde fundou e dirigiu uma seção de terapia ocupacional, modificando aos poucos a rígida rotina daquele hospital.

Foi por intermédio de sua oficina que muitos ‘loucos’ puderam expor seus conflitos e sentimentos por meio da arte (pintura e modelagem, em particular), revelando-se grandes artistas e, acima de tudo, pessoas, com suas diferentes histórias de vida. Os produtos de expressão de seus pacientes passaram a fazer parte do acervo do Museu de Imagens do Inconsciente, a partir de 1952.

Panorama Atual da Saúde Mental no Brasil

A Reforma Psiquiátrica é uma proposta relativamente nova embora algumas experiências tenham se iniciado antes mesmo da aprovação da legislação em 2001.

Ainda estamos vivendo no processo de transição do paradigma. E isto faz com que tenhamos tanto serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico quanto o próprio hospital psiquiátrico em funcionamento concomitantemente. O que gera um confronto de ideologias quando muitos profissionais que trabalham nos hospitais psiquiátricos também trabalham em serviços substitutivos. E aí surge o questionamento: como estes profissionais atuam no seu cotidiano? A partir do modelo hospitalocêntrico ou dos serviços substitutivos? O que estes profissionais buscam com seu trabalho? O que desejam? Esse é um ponto a refletir.

A política de saúde mental ainda está encontrando formas e métodos para transpor os problemas advindos do transtorno mental. É possível perceber com o

que foi exposto anteriormente que muitos programas estão em funcionamento, ou pelo menos prontos para serem implantados, abrangendo toda a demanda de saúde mental: psicóticos, neuróticos, moradores de rua com transtornos mentais, egressos de longas internações, dependentes químicos, crianças com transtornos mentais, e também as famílias.

Acredita-se que o caminho traçado é o melhor a ser seguido, mas a caminhada recém iniciou e é bastante longa.

Têm-se, ainda, muitas coisas que não funcionam como deveriam e a maior prova disso é o permanente funcionamento de muitos hospitais psiquiátricos no país.

E aí entramos em questões muito delicadas. Por que os novos dispositivos de saúde mental, que visam reinserir o usuário na sociedade não funcionam conforme deveriam funcionar? Pode-se dizer que há interesses políticos, político-partidários, econômicos e até sociais envolvidos nesta pergunta.

O interesse varia conforme a posição de quem está olhando. Por exemplo, é possível pensar que os proprietários de hospitais psiquiátricos não têm interesse em que a nova política dê certo. Famílias bem sucedidas ou de alto nível social que têm um familiar com transtorno mental e que é morador de uma clínica ou de um hospital também não demonstram interesse em fechar esses locais. Porque também existe este outro lado: internações particulares; em que muda tudo: o tratamento, a acomodação, a alimentação, o atendimento. Também é mais uma questão a ser pensada.

Enfrentam-se também dificuldades no funcionamento da rede de atenção à saúde mental, conforme prevê a nova política. Em muitos lugares, não há sistema de referência e contra-referência, por exemplo. Outro aspecto é que os serviços não mantêm contato, e às vezes um serviço não sabe como o outro funciona (horários, consultas, agenda). Isso também dificulta o andamento deste longo processo.

E com todos os entraves que existem neste percurso, há, ainda, a desestimulação dos profissionais que trabalham na área. Muitos chegam à saúde mental repentinamente, ou seja, nem ao menos sabiam que iriam trabalhar nesta área. Isso também gera uma barreira. A área da saúde mental envolve pessoas que fazem parte dela, incluindo os profissionais, porque não se trata somente da doença.

Há todo um entorno: é o econômico, é o familiar, é o social, é o conjugal; entre outros aspectos. E muitos profissionais não querem, não gostam ou mesmo não sabem trabalhar com o todo. Assim muitos profissionais iniciam em um serviço de saúde mental e solicitam transferência porque não aguentam, ou até mesmo ficam doentes.

Isso mostra que é preciso ter perfil para trabalhar nesta área, e que os trabalhadores da saúde mental necessitam de suporte (social, psicológico, de trabalho) para que se mantenham na atividade.

É o momento de trabalhar, com força e esperança, para que esta nova política de saúde mental assuma efetivamente o papel de política oficial no país, para que assim os usuários da saúde mental tenham mais oportunidades na vida, com mais autonomia, liberdade de escolha e responsabilidades enquanto cidadão.

Anexo – Instrumento de Avaliação do Beneficiário

Programa de Volta Para Casa

“INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO BENEFICIÁRIO”

(Este formulário deverá ser preenchido pela equipe de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde)

Município: Estado:.....

Instituição de Origem do Solicitante :.....

CNPJ da Instituição:.....

Classificação do Hospital pela Avaliação Pnash/Psiquiatria:.....

DADOS PESSOAIS:

1. Nome Completo:

2. Nome da Mãe:

3. Número do prontuário (quando procedente de hospital):.....

4. CPF

Carteira de identidade (RG):

Nº

Órgão Expedidor:..... UF:.....

Data de emissão:...../...../.....

Certidão de Nascimento (caso não tenha o nº do RG): Nº

Cartório:.....

Livro: Folhas:

7. Nº do NIS/PIS/PASEP:

8. Nº Cartão Nacional de Saúde:

9. Data de Nascimento:..... / /

10. Município e Estado de Nascimento:.....

11. Nacionalidade:

Sexo: () Fem () Masc

Estado Civil:

() casado (a); () solteiro (a); () viúvo (a); () separado; () divorciado 14. Município de procedência:

Município com o qual tem referência de origem de residência ou em que o paciente apresente interesse de ser morador:.....

Escolaridade:

() analfabeto; () 1º grau completo; () 2º grau completo;

() superior completo; () 1º grau incompleto; () 2º grau incompleto;

() superior incompleto Profissão:.....

HISTÓRIA CLÍNICA E SOCIAL (Resumo)

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E FAMILIARES :

Possuí família identificada? () Sim ; () Não

Se sim, Nome do parente:.....

Grau de parentesco:.....

Endereço completo:..... Telefone:.....

Recebe visitas regularmente? () Sim ; () Não Se sim, Quem visita?
() Parente (qual grau de parentesco),

() Amigo ,

() Outros (quais?.)

Qual frequência em média?.....

Faz contato com familiares e/ou amigos? () Sim ; () Não

Em caso positivo, com qual periodicidade? () semanal; () mensal; () anual Com quem?

Em caso de ter um responsável legal, especificar o grau de parentesco

Nome:..... Parentesco:

Tem filhos? () Sim ; () Não

Se sim, Quantos?..... Se menores, moram com quem?

Recebe algum tipo de salário? () Sim; () Não Se sim, Há quanto tempo?

Recebe algum tipo de benefício? () Sim () Não Se sim, qual? ()

LOAS () aposentadoria

() Outro (qual?.)

Há quanto tempo?.....

Qual a condição atual do usuário:

() Internado/...../.....(se internado, especificar tempo de internação, a partir da data de início da internação atual)

() Morando em serviço residencial terapêutico (tempo de moradia)

Situação Jurídica I (Código Civil) - o paciente é curatelado

() Sim; () Não; () Informação Ignorada

Situação Jurídica II (Código Penal)

() Interdição sem ordem judicial () Internado por ordem judicial ()
Cumprimento de Medida de Segurança () Informação Ignorada

DADOS CLÍNICOS E AUTONOMIA DO USUÁRIO:

Qual o Diagnóstico principal:.....

Apresenta outras morbidades? () Sim ; () Não Quais?.....

Apresenta autonomia para ir ao banco receber o benefício? () Sozinho ; ()

Acompanhado de familiares/ outras pessoas

Qual a autonomia do paciente para administrar dinheiro?

() Total ; () Parcial ; () Necessita da ajuda de terceiros

Apresenta condições físicas para:

() Locomoção; () Comunicação verbal; () Coordenação motora

Apresenta situação de saúde que necessite de cuidados especiais:

() paciente idoso; () acamado; () Deficiente mental

– DISPOSITIVO PROPOSTO

1- Família () Residência Terapêutica () Outro () 2- Desejo do paciente quanto a moradia (pode ser assinalado mais de um campo) () morar em uma residência () morar em casa sozinho

() voltar para sua família de origem

() escolher companheiros para morarem juntos. Quais?.....

() não sair do hospital. Por quê?..... () outro - especificar:.....

– PROPOSTA DE PROGRAMA TERAPÊUTICO

– PROPOSTA DE INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DE CUIDADO

VIII. PARECER DA EQUIPE TÉCNICA:

() Favorável à concessão do benefício

() Desfavorável à concessão do benefício

() Outros. Especificar

Técnico responsável pelo parecer

Nome:.....

Registro Profissional C.I

Assinatura

Local Data/...../.....

Situação do beneficiário quando inserido no programa (só preenchido na inclusão) Família () Residência Terapêutica () Outro () Acompanhado pela unidade de saúde

Profissional responsável pelo acompanhamento do beneficiário no município

Nome:.....

Registro Profissional C.I

Assinatura

Local Data/...../.....

Anexo B - Roteiro para avaliação de Hospital Psiquiátrico/Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO

Razão Social:

CNPJ

Endereço: Município: UF:

CEP:

Tel.:

Fax:

RESPONSÁVEIS

Diretor Geral: Registro Profissional:
Diretor Clínico: Registro Profissional:
Diretor Administrativo: Registro Profissional:

NÚMERO DE LEITOS

(Obs: não computar leitos de intercorrência clínica no total de leitos) Total de Leitos
Existentes

Leitos Intercorrência Clínica

Masculino:

Leitos Contratados/SUS

Criança/Adolescente

NATUREZA JURÍDICA

Público: Universitário:Público

Filantrópico Filantrópico

Privado Privado

GESTÃO

Federal Estadual Municipal

Nº do Alvará/Licença Sanitária

Expedido em

Vencimento em

Data da Última FCH:

ou FCES

Data da Última Avaliação realizada pelo gestor estadual/municipal:

Tipo de Avaliação:

ASPECTOS GERAIS DO PACIENTE

1. Os pacientes se apresentam:

☐ limpos ☐ sujos

☐ bem cuidados ☐ sem os cuidados necessários

☐ vestidos com roupas individualizadas (pertencentes ao paciente) ☐ alternando roupas individualizadas e uniformes

☐ vestidos exclusivamente com uniformes

☐ calçados ☐ descalços ☐ vários descalços ☐ despidos ☐ vários despidos

☐ sem sinais de maus tratos ☐ com sinais de maus tratos

ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE

A alimentação é preparada com higiene e limpeza? () Sim () Não

() totalmente balanceada () balanceada () não balanceada

3.() com supervisão permanente de nutricionista

() com supervisão de nutricionista

() sem supervisão de nutricionista

() nutricionista integrada à equipe técnica/projeto terapêutico

() nutricionista não integrada à equipe técnica/projeto terapêutico

() cardápio diversificado () cardápio não diversificado

() quantidade suficiente () quantidade insuficiente

() horários das refeições adequados () horários das refeições inadequados

() talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes e em boas condições de uso

() talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes e em condições de uso adequados

() talheres e vasilhames inadequados e/ou em péssimas condições de uso

() refeitório dotado de lavatórios e espaço físico compatível ao número de pacientes

() refeitório bem iluminado, ventilado e limpo () mobiliário em bom estado de conservação

() refeitório inadequado e/ou com mobiliário comprometido

RECURSOS HUMANOS

a) Equipe Técnica (Pt. GM nº 251/02)	Necessário	Existente	Observação
Médico plantonista 24 horas/7 dias			
Médico assistente (psiquiatra) 20 horas por semana 1/40 leitos			
Médico clínico geral 20 horas por semana 1/120 leitos			
Enfermeiro Turno Diurno/12 horas/7dias 1/40 leitos			
Turno Noturno/12 horas/7dias 1/240 leitos			
Enfermeiro Para Intercorrência clínica			Não necessariamente exclusivo, mas responsável pelo setor.
Psicólogo 20 horas por semana 1/60 leitos			
Assistente social 20 horas por semana 1/60 leitos			
Terapeuta ocupacional 20 horas por semana 1/60 leitos			
Farmacêutico 01 por Hospital			

Nutricionista			
01 por Hospital			
Auxiliar de enfermagem			
24 horas/7 dias 02/40 leitos			

b) Alteração da Equipe Técnica Básica (PTs GM nº 251/02 e SAS nº 088/93)

Categoria Exigida	Categoria Existente	Justificativa

Obs.:

1. A composição dos recursos humanos garante a continuidade do quantitativo necessário em situação de férias, licenças e outros eventos? Sim () Não ()

2. Caso existam alterações na Equipe Técnica Básica, houve aprovação pelo gestor estadual e/ou municipal? (Pt. SAS Nº 088) Sim () Não ()

3. Os atendentes de enfermagem têm matrícula em cursos de auxiliares de enfermagem (PT SAS Nº 407 e PT SAS Nº 088)? Sim () Não ()

4. Os auxiliares e atendentes de enfermagem possuem registro no COREN (PT SAS Nº 407 e PT SAS Nº 088)? Sim () Não ()

Obs.:

I. ENFERMAGEM

-
1. O setor possui livro de registro para intercorrências? () Sim () Não
2. () A equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba, por turno, a evolução diária
() A equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba a evolução diária, mas não por turno
() A equipe de enfermagem de nível médio registra esporadicamente a evolução diária
3. As anotações são legíveis? () Sim () Não
4. () As informações são importantes e não estereotipadas () As informações são banais e repetidas
5. () A equipe checa prescrições médicas
() Não checa sistematicamente as prescrições médicas
6. A equipe registra a administração de medicamentos prescritos? () Sim () Não
7. A equipe participa das reuniões de equipe e das atividades com os pacientes? () Sim () Não

Obs.:

II. PRONTUÁRIO

- 1) Existe prontuário único (PT 251/02)? Sim () Não ()
- 2) O prontuário está organizado? Sim () Não ()

3) O prontuário está em dia? Sim () Não ()

4) O prontuário é legível? Sim () Não ()

5) Existe registro de anamnese? Sim () Não ()

6) O prontuário apresenta registros de modo a assegurar a evolução diária dos pacientes, ou seja, apresenta informações com qualidade, fazendo referência ao projeto terapêutico individualizado e rotinas do paciente na instituição?
() Sim () Não

7) () Existe registro de, no mínimo, 03 evoluções e 02 prescrições médicas semanais, assinadas e carimbadas.

() Existe registro de , no mínimo 02 evoluções e 02 prescrições médicas semanais.

() Existe registro de , no mínimo 01 evolução e 01 prescrição médica semanal. () As evoluções e prescrições são feitas mensalmente.

8) Outros profissionais de nível superior anotam evoluções, no mínimo uma vez por semana, de modo a assegurar evolução diária dos pacientes? ()
Sim () Não

() As evoluções de outras categorias profissionais são feitas mensalmente.

9) Há Comissão de Prontuário estruturada? () Sim () Não

10) As intercorrências clínicas estão registradas no prontuário? () Sim ()
Não

III. PROJETO TERAPÊUTICO

1) Existe projeto terapêutico institucional escrito (PT 251/02)? Sim () Não ()

2) O projeto terapêutico escrito corresponde à prática institucional (PT 251/02)?

Sim () Não ()

3) Existem reuniões com familiares dos pacientes abordando orientações sobre

diagnóstico, tratamento, alta hospitalar e continuidade do tratamento (PT 251/02)? Sim () Não ()

4) Existe atendimento individual (PT 251/02)? Sim () Não ()

5) Existe atendimento grupal (PT 251/02)? Sim () Não ()

6) É garantido ao paciente a inviolabilidade de correspondência (PT 251/02)?

Sim () Não ()

7) Existem avaliações médico, psicológica e social dos pacientes (PT 251/02)?

Sim () Não ()

8) Existem registros adequados dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (PT 251/02)? Sim () Não ()

9) Existe projeto terapêutico específico para pacientes de longa

permanência (PT 251/02)? Sim () Não ()

10) Existe projeto terapêutico específico para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência? (PT 251/02) Sim () Não ()

IV. PROJETO TERAPÊUTICO/ALTA HOSPITALAR E ENCAMINHAMENTO

1. Existe projeto terapêutico individualizado, verificável em prontuário?

Sim () Não ()

2. A alta do paciente é trabalhada pelos diversos profissionais responsáveis pelo seu atendimento (PT 251/02)? Sim () Não ()

3. O paciente é efetivamente referenciado para tratamento extra-hospitalar (PT 251/02)? Sim () Não ()

V. ESPAÇOS RESTRITIVOS - PUNITIVOS

1. Ausência de cela-forte ou de outros espaços restritivos/punitivos similares (PT 251/02)? Sim () Não ()

2. () A maior parte dos pacientes tem livre acesso às áreas do hospital. () Alguns pacientes têm livre acesso às áreas do hospital.

() Os pacientes não têm livre acesso às áreas do hospital.

VI. CONTENÇÃO FÍSICA

1. () Não ocorre contenção física ou ocorre raramente.

() Ocorre raramente.

- ☐ Ocorre regularmente.
- ☐ Ocorre frequentemente.

2. ☐ A contenção física é acompanhada pela presença física permanente de um membro da equipe? (Resoluções CFM 1407/94 e 1598/2000) Sim ☐ Não ☐

3. Caso haja contenção ao leito, é precedida de justificativa e prescrita em prontuário? (Resoluções CFM 1407/94 e 1598/2000) Sim ☐ Não ☐

4. A decisão da contenção física é feita a partir de uma discussão em equipe?

Sim ☐ Não ☐

VII. ECT E PSICOCIRURGIA/CIRURGIA ESTEREOTÁXICA

1. ☐ Não realizam ECT nem as precrevem.

☐ Realizam ou prescrevem a ECT excepcionalmente.

☐ Realizam ou prescrevem a ECT raramente.

☐ Realizam ou prescrevem a ECT regularmente.

☐ Não realizam nem prescrevem a Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica.

☐ Realizam a Psicocirurgia.

☐ Há encaminhamentos para Psicocirurgias.

2. Quando realizadas, as ECT são feitas de acordo com critérios clínicos precisos, esgotadas todas as possibilidades terapêuticas? ☐ Sim ☐ Não

3. Há consentimento informado do paciente e/ou familiar? ☐ Sim ☐ Não

4. São realizadas em ambiente adequado, com anestesia e precedidas de

avaliação clínica e laboratorial? ☐ Sim ☐ Não

5. Descrição das condições de uso da eletroconvulsoterapia

- Média mensal do uso de ECT nos últimos 12 meses:

- Existência de sala especial:

- Existência de equipamento de anestesia e de emergência:

6. Verificar pertinência de indicação do ECT, por amostra de prontuários (avaliar terapêutica anterior utilizada, diagnóstico, frequência do uso, consentimento informado, existência de avaliação clínica e laboratorial prévia).

7. Condições da Psicocirurgia (se há consentimento informado do paciente, se é feita pelo SUS, frequência):

VIII. REUNIÕES

1. Existem reuniões clínicas da Equipe Técnica? ☐ Sim ☐ Não ☐

2. As reuniões da Equipe são agendadas semanalmente e registradas?

☐ Sim ☐ Não ☐

3. Há integração efetiva entre os diversos setores? ☐ Sim ☐ Não ☐

4. Existem reuniões regulares com os usuários?

☐ Sim ☐ Não ☐ (Se não, qual a periodicidade? ☐)

5. Existem reuniões com familiares?

☐ Sim ☐ Não ☐ (Se não, qual a periodicidade? ☐)

IX. VINCULAÇÃO E DIREITOS

1. ☐ A maioria dos pacientes sabe nomear os profissionais que os atendem. ☐ Poucos pacientes sabem nomear os profissionais que os atendem.

☐ Os pacientes, em geral, não sabem nomear os profissionais que o atendem.

2. Existem atividades fora do hospital acompanhadas pela equipe técnica? ☐ frequentemente

☐ esporadicamente ☐ não existem

3. É garantido ao paciente o acesso ao telefone? ☐ Sim ☐ Não

4. São garantidas ao paciente visitas?

☐ Diárias ☐ 3 vezes na semana ☐ semanais

5. O recurso de licença terapêutica é utilizado? ☐ independente do dia da semana

☐ nos fins de semana ☐ raramente

6. Existem programas ou atividades que visam a ressocialização dos pacientes? Sim ☐ Não ☐

Obs.:

X. ASPECTOS GERAIS DA ASSISTÊNCIA

1. Calcular o Tempo Médio de Permanência:

TMP geral:

TMP excetuando-se os pacientes com mais de 1 ano de internação:

2. Existência de pacientes com sinais evidentes de impregnação neuroléptica: Menos de 5% do total de pacientes

Mais de 5% do total de pacientes

3. Usuários de longa permanência

() Hospital com até 5% de clientela de longa permanência

() Hospital com até 10% de clientela de longa permanência

() Hospital com até 15% de clientela de longa permanência

() Hospital com até 20% de clientela de longa permanência

() Hospital com mais de 20% de clientela de longa permanência

9.1. Verificar a pertinência da prescrição médica desses pacientes.

XI. OBSERVAÇÃO DOS PACIENTES:

XII. OUTRAS INFORMAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA **Pacientes de Longa Permanência**

1. Anexar lista nominal dos pacientes internados **há mais de 1 ano ininterruptamente**

2. Dinâmica do uso do leito hospitalar N.º de Internações no último mês:

N.º Altas no último mês:

Verificar do total de leitos o percentual de ocupação por pacientes com mais

de 06 meses de internação:

3. Perfil diagnóstico fornecido pelo hospital
4. Número de pacientes acamados, déficit motor e/ou problemas clínico-neurológicos de longa evolução, “grabatários”.
5. Atendimento clínico: serviços de referência e contrarreferência:
6. Pacientes internados na enfermaria de intercorrência clínica no dia da vistoria:
7. Óbitos: Registrar número de óbitos nos últimos 12 meses, incluindo o de pacientes transferidos:
8. Situação jurídica dos pacientes
 - a) Número de pacientes cumprindo medida de segurança: (Anexar lista nominal com a data de internação)
 - b) Número de pacientes sob curatela:
9. Número de pacientes que recebem algum tipo de benefício: (LOAS, aposentadoria, etc.)
10. Eventos-sentinela:
11. Cotidiano da instituição: impressão geral

ASSINATURA

Equipe de Avaliação:

DATA DA AVALIAÇÃO:

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO (PORTARIA GM n° 799/00)

RELATÓRIO SÍNTESE DA VISTORIA

- A) INSTITUIÇÃO:
- B) EQUIPE DE VISTORIA HOSPITALAR:
- C) PARTICIPAÇÃO DE EQUIPE MUNICIPAL:
- D) DATA E HORÁRIO:
- E) DIRIGENTES QUE PARTICIPARAM DA VISTORIA:
- F) MOTIVO DA VISTORIA:
- G) PEQUENO HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO:
- H) RELATÓRIO GERAL DA VISTORIA:
- I) RECOMENDAÇÕES QUANTO À ADEQUAÇÃO ÀS NORMAS TÉCNICAS VIGENTES:
- J) PROPOSTAS PARA REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA:

Legislação em Saúde Mental

Abordaremos as principais leis e portarias que normatizam a atenção em saúde mental na lógica do paradigma psicossocial, tendo em vista a nova política de saúde mental.

Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001

É a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Optou-se aqui por colocar em anexo esta lei considerando que esta institui a Reforma Psiquiátrica no Brasil. As demais leis e portarias vêm ao encontro das diretrizes propostas por esta lei mais geral.

Portaria SNAS nº224, de 29 de janeiro de 1992

Esta portaria estabelece as diretrizes e normas, baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Define as normas para atendimento ambulatorial em saúde mental, a ser desenvolvido na unidade básica de saúde, centro de saúde e ambulatório. Aponta que o atendimento ambulatorial em saúde mental compreende várias atividades desenvolvidas nestes espaços, que podem ou não ser ligados às policlínicas, hospitais e unidades mistas.

Por considerar o território, estes serviços possuem população de referência, sendo esta definida pela gestão local.

Especifica quais as ações a serem desenvolvidas nos três espaços que abrangem o atendimento ambulatorial, tais como atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares e atividades comunitárias. Os recursos humanos necessários são definidos de acordo com os critérios do órgão gestor local.

Aborda também os CAPS, explicando o que são e como funcionam. Referem que este serviço pode servir como porta de entrada da rede de serviços em saúde mental, pois é uma unidade local e regionalizada. Descreve as possibilidades de assistência neste espaço e os recursos humanos.

A portaria também define as normas para o atendimento hospitalar, referenciando serviços como hospital-dia, serviços de urgência psiquiátrica em

hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria. Em cada um deles, aponta as atividades a serem desenvolvidas, recursos humanos envolvidos e recursos financeiros (financiamento). Proíbe a existência de espaços restritivos em hospitais, tais como celas e a violação de correspondências dos pacientes internados. Exige que haja registro adequado de procedimentos e terapêuticas utilizadas pelo paciente. Coloca o prazo de um ano para que os hospitais se enquadrem na portaria.

Esta portaria regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, especializados ou não. Incorpora os novos procedimentos à tabela do SUS para questões financeiras e, principalmente, e de maior relevância, regulamenta o funcionamento dos hospitais psiquiátricos para humanizarem seu cuidado ao paciente.

Portaria SAS nº147, de 25 de agosto de 1994

Esta portaria altera a Portaria SNAS nº224, no que se refere às atividades a serem desenvolvidas no hospital psiquiátrico, ampliando as mesmas, favorecendo o cuidado mais abrangente. Isto serviu para melhorar a qualidade do atendimento oferecido pelos hospitais. A tabela apresenta quais as alterações realizadas após esta portaria.

Tabela – Alterações propostas pela Portaria SAS nº147

Antes da SAS nº147	Depois da SAS nº147
a) avaliação médico-psicológica e social; b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros); c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); d) abordagem à família: orientação sobre	a) avaliação médico-psicológica e social; b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros); c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); d) abordagem à família incluindo

<p>o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;</p> <p>e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações.</p>	<p>orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento;</p> <p>e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações;</p> <p>f) f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Incluindo o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que permita o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito.</p>
---	---

Portaria GM nº336, de 19 de abril de 2002

É a portaria que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Define as três modalidades de serviço: CAPSI, CAPSII e CAPSIII, que tem o mesmo

objetivo, diferindo-se em alguns aspectos de funcionamento. Deverá realizar o atendimento, prioritariamente, a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes com seu território, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Deve se constituir em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione sob a lógica do território. Não deve funcionar em estrutura hospitalar, tendo área física específica e independente. Podem funcionar junto aos limites da área física de hospitais gerais, desde que mantenham equipe própria, com acesso privativo e estrutura independente.

O CAPSI possui capacidade de atendimento para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. O CAPSII atende uma população de 70.000 a 200.000 habitantes e o CAPSIII, acima de 200.000 habitantes. E os CAPSi, direcionado para atendimentos de crianças e adolescentes, e o CAPSad para atendimento de álcool e outras drogas, são caracterizados como CAPSII.

Os CAPS possuem características que são comuns a todos tais como:

- a) responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no território;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no território;
- c) coordenar atividades de supervisão de unidades hospitalares no seu território;
- d) supervisionar e capacitar equipes de atenção básica e outros serviços no território;
- e) realizar e atualizar o cadastramento de pacientes que fazem uso de medicamento essencial ou excepcional na área de assistência.

As características específicas são mostradas na tabela.

Tabela – Características específicas dos CAPS

CAPS	Característica
------	----------------

CAPSI	Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.
CAPSII	Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.
CAPSIII	Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral, para suporte médico.
CAPSi	Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.
CAPSad	Responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, no território. Coordenar atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas no território. Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas. Manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

Os atendimentos no serviço também são comuns a todos os CAPS, como:

- a) atendimento individual;
- b) atendimento em grupos;
- c) oficinas terapêuticas;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;

- f) atividades comunitárias visando à reinserção social do paciente;
- g) os pacientes receberão uma refeição quando permanecerem por 4 horas no serviço, e duas, quando permanecerem 8 horas.

Tabela– Atendimentos específicos dos CAPS

CAPS	Atendimento
CAPSIII	Acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos para repouso ou observação. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou 10 dias intercalados por um período de 30 dias.
CAPSi	Atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade. Desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com áreas de assistência social, educação e justiça.
CAPSad	Atendimento de desintoxicação.

Na tabela têm-se os recursos humanos necessários em cada tipo de serviço.

Tabela – Recursos Humanos dos CAPS

CAPS	Recursos Humanos
------	------------------

CAPSI	01 médico com formação em saúde mental 01 enfermeiro 03 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 04 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)
CAPSII	01 médico psiquiatra 01 enfermeiro com formação em saúde mental 04 profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 06 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)
CAPSIII	02 médicos psiquiatras 01 enfermeiro com formação em saúde mental 05 profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 08 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)
CAPSi	01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental

	01 enfermeiro 04 profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 05 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)
CAPSad	01 médico psiquiatra 01 enfermeiro com formação em saúde mental 01 médico clínico 04 profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 06 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)

Define ainda que os serviços devam oferecer atendimento em três regimes de tratamento: intensivo (acompanhamento diário), semi-intensivo (acompanhamento frequente, mas não diário – geralmente duas vezes por semana) e não-intensivo (menor frequência – em geral, duas vezes no mês).

Trata também dos recursos financeiros dos CAPS, cujo pagamento é sob forma de APAC/SIA.

Portaria SAS nº189, de 20 de março de 2002

Esta portaria insere os novos procedimentos ambulatoriais, regulamenta a cobrança desses procedimentos e define a quantidade de atendimento por modalidade nos CAPS, na tabela do SIA/ SUS, de acordo com o que definido na Portaria GM nº336.

A tabela mostra os novos procedimentos, com as capacidades de atendimento e os valores por procedimento.

Tabela – Novos procedimentos no CAPS

Códigos a incluir na Tabela de procedimentos	Descrição do procedimento
38.000.00-8	Acompanhamento de pacientes
38.040.00-0	Acompanhamento de pacientes psiquiátricos
38.042.00-2	Acompanhamento de pacientes em serviço de atenção diária
38.042.01-0	Acompanhamento de pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem cuidados intensivos em saúde mental (máximo 25 procedimentos/ paciente/ mês)
<p>Consiste no conjunto de atendimentos diários desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I máximo 25 pacientes/ mês, CAPS II máximo 45 pacientes/mês, CAPS III máximo 60 pacientes/mês.</p> <p>Valor do procedimento: R\$18,10</p>	
38.042.02-9	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês).

Consiste no conjunto de frequentes atendimentos desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I máximo **50** pacientes/mês, CAPS II máximo **75** pacientes/mês e CAPS III máximo **90** pacientes/mês.

Valor do procedimento: R\$15,90

38.042.03-7	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico, demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/paciente/mês).
-------------	--

Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I máximo **90** pacientes/mês, CAPS II máximo **100** pacientes/mês e CAPS III máximo **150** pacientes/mês.

Valor do procedimento: R\$14,85

38.042.04-5	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês).
-------------	--

Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental.

CAPSi máximo **25** pacientes/mês.

Valor do procedimento: R\$25,40

38.042.05-3	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês).
<p>Consiste no conjunto de frequentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental.</p> <p>CAPSi máximo 50 pacientes/mês.</p> <p>Valor do procedimento: R\$16,30</p>	

38.042.06-1	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/paciente/mês).
<p>Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi máximo 80 pacientes/mês.</p> <p>Valor do procedimento: R\$14,85</p>	
38.042.07-0	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas , que demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/ mês).

<p>Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental.</p> <p>CAPSad máximo 40 pacientes/mês.</p> <p>Valor do procedimento: R\$18,10</p>	
38.042.08-8	<p>Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que demandem Cuidados Semiintensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/ pacientes/mês).</p>
<p>Consiste no conjunto de frequentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental.</p> <p>CAPSad máximo 60 pacientes/mês.</p> <p>Valor do procedimento: R\$15,90</p>	
38.042.09-6	<p>Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/ pacientes/mês).</p>
<p>Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad máximo 90 pacientes/mês.</p> <p>Valor do procedimento: R\$14,85</p>	

38.042.10-0	<p>Acompanhamento de Pacientes que demandem</p> <p>Cuidados em Saúde Mental no período das 18 às 21 horas. (máximo 8 procedimentos/paciente/mês).</p>
<p>Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos, no período compreendido entre 18 e 21 horas, individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental, CAPS II máximo 15 pacientes/mês, CAPS III máximo 20 pacientes/mês, CAPSi máximo 15 pacientes/mês, CAPSad máximo 15 pacientes/mês.</p> <p>Valor do procedimento: R\$16,30</p>	

Portaria GM nº106, de 11 de fevereiro de 2000

Esta portaria trata da criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Sistema Único de Saúde, para portadores de transtornos mentais.

Explica o que vem a ser a residência terapêutica, definindo-a como modalidade de atendimento substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Institui que a cada transferência de paciente do hospital especializado para o SRT deve-se reduzir ou descredenciar no SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH para o município, para que reverta ao paciente.

Institui as competências do SRT, suas normas e critérios de inclusão nesta modalidade de atendimento. Apresenta as características físico-funcionais que o serviço deve possuir, e dá outras definições.

Cabe ressaltar os princípios e diretrizes nos quais devem se basear o Projeto Terapêutico do serviço:

a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;

b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;

c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Define, ainda, a equipe responsável pelo SRT e seus usuários, e como se dará esta assistência.

Portaria GM nº1.220, de 07 de novembro de 2000

Apenas para complementar a anterior, esta é a portaria que insere o SRT na tabela de serviços do SUS.

A tabela mostra a descrição do procedimento e o valor do mesmo.

Tabela – Procedimentos dos SRT

38.000.00-8	Acompanhamento de Pacientes
38.040.00-0	Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos
38.041.00-6	Residência Terapêutica em Saúde Mental
38.041.01-4	Acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental - até 31 acompanhamentos/paciente/mês

Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social.

Valor do Procedimento R\$ 23,00

Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social de pacientes acometidos por transtornos psiquiátricos, que estiveram internados em hospitais psiquiátricos.

Ressalta que este auxílio é parte de um programa denominado “De Volta Para Casa”, do Ministério da Saúde, também instituído por esta lei.

O valor fixado do benefício é de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado conforme a disponibilidade do governo.

Define quem serão os beneficiários, como receberão o auxílio, quais as situações de suspensão do auxílio.

Portaria GM nº2.077, de 31 de outubro de 2003

Esta portaria regulamenta a Lei nº10.708. Define quem pode ser beneficiário do auxílio-reabilitação psicossocial, os critérios de cadastramento de beneficiários, a habilitação dos municípios junto ao Ministério da Saúde, o acompanhamento dos benefícios, suspensão e renovação.

Portaria GM nº2.078, de 31 de outubro de 2003

Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa, que terá representação da Secretaria de Atenção à Saúde (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental), Conselho Nacional de Secretários de

Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Inter-setorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, sob a coordenação do primeiro citado.

E define também as atribuições desta comissão.

Portaria GM nº1.720, de 04 de outubro de 1994

Marca a adesão do Brasil à celebração do dia 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental, reafirmando a relevância da área no campo da saúde.

Portaria GM nº1.077, de 24 de agosto de 1999

Dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica.

Implanta o Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federais e estaduais do SUS.

Os medicamentos do programa são os que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (1999), cuja última revisão foi em 2002.

Deixa livre para que os estados e municípios adquiram outros medicamentos além dos relacionados, com recurso próprio.

Os integrantes do Programa são todos os serviços de atenção à saúde mental no âmbito do SUS.

O Ministério da Saúde fica encarregado de 80% dos recursos financeiros necessários ao programa, sobrando 20% que deverá ser diluído entre estado e Distrito Federal.

O estado fica responsável pelo gerenciamento do programa e dos recursos financeiros, visto que o repasse ocorre para o fundo estadual.

Portaria GM nº816, de 30 de abril de 2002

Institui no Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Atenção Comunitária a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Possui seis objetivos, que são:

- I – Articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas;
- II – Organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial;
- III – Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde, representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- IV – Realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros;
- V – Organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais;
- VI – Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais.

Define as competências e atribuições do programa em cada instância de governo, e dá outras disposições.

Portaria GM nº817, de 30 de abril de 2002

Inclui na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos referentes à internação por uso prejudicial de álcool e drogas.

Portaria SAS nº305, de 03 de maio de 2002

Aprova as Normas de Funcionamento e de Cadastramento dos CAPS para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Em seus anexos, define o processo para efetivar o cadastro destes serviços,

quais as características, as atividades a serem desenvolvidas, a estrutura física adequada, e a formação dos recursos humanos.

Portaria GM nº799, de 19 de julho de 2000

Institui, no âmbito do SUS, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Representa uma auditoria especial em saúde mental.

Determina a avaliação da assistência prestada pelos serviços de saúde mental do SUS, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como a proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processos de transformação do modelo assistencial em saúde mental.

Portaria GM nº52, de 20 de janeiro de 2004

Cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde – 2004 reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos. Os três componentes principais do Programa são:

- 1) a redução progressiva de leitos (por módulos de 40 leitos), constituindo nova classificação para os hospitais a partir do número de leitos SUS, com recomposição das diárias;
- 2) estímulo às pactuações entre gestores e prestadores para que a redução se dê de forma planejada, prevendo a assinatura de um Termo de Compromisso e Ajustamento entre as partes na garantia de efetivação do programa;
- 3) redirecionamento dos recursos financeiros da internação para a atenção extra-hospitalar em saúde mental. Em suma, este programa estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro pela redução (priorizando os hospitais de menor porte) e pela melhor qualidade de assistência, aferida pelo PNASH – Psiquiatria.

Portaria GM nº251, de 31 de janeiro de 2002

Esta portaria estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

A classificação dos hospitais é realizada segundo os critérios definidos na tabela, que segue.

Tabela – Classificação dos hospitais psiquiátricos

Classe	Pontuação no PNSH	Número de Leitos
I	81 – 100 %	20 – 80
II	61 – 80 %	20 – 80
	81 – 100%	81 – 120
III	61 – 80 %	81 – 120
	81 – 100 %	121 – 160
IV	61 – 80 %	121 – 160
	81 – 100 %	161 – 200
V	61 – 80 %	161 – 200
	81 – 100 %	201 – 240

VI	61 – 80 %	201 – 240
	81 – 100 %	241 – 400
VII	61 – 80 %	241 – 400
	81 – 100 %	Acima de 400
VIII	61 – 80 %	Acima de 400

Portaria GM nº1.467, de 14 de agosto de 2002

Cria comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação (PNASH/Psiquiatria) da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS.

Portaria SAS nº145, de 25 de agosto de 1994 (republicada)

Esta portaria criou um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar a correta aplicação das normas em vigor, junto aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Esse subsistema deverá existir nas três esferas do governo, constituindo-se em Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP). O GAP representou um importante instrumento de qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar do SUS. Suas equipes, multidisciplinares e com integrantes dos diversos níveis de gestão, percorreram o país estabelecendo os critérios objetivos de acreditação e qualificação dos hospitais psiquiátricos públicos ou contratados. De 1997 em diante, o GAP foi sendo progressivamente desativado, com algumas exceções estaduais (como o Rio Grande do Sul), e sua lógica de funcionamento, como dispositivo ágil e articulado de supervisão hospitalar, é retomada agora, por intermédio da Portaria GM nº 799, de

19/7/2000.

Portaria GM nº1.876, de 24 de agosto de 2006

Esta portaria institui as diretrizes nacionais para prevenção de suicídio, a serem implantadas no país, respeitando as competências de cada esfera de governo.

A portaria prevê a articulação das três esferas de governo entre si, e igualmente entre as instituições de ensino, organizações da sociedade, organizações não-governamentais, órgãos regionais, nacionais e internacionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando

permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Resolução nº93, de 02 de dezembro de 1993

Constitui a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, que é constituída por:

- 1 (um) representante do Ministério da Saúde;
- 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS);
- 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- 2 (dois) representantes do segmento de Prestadores de Serviços de Saúde Privados;
- 1 (um) representante do Ministério da Educação e do Desporto;
- 2 (dois) representantes de Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares;
- 1 (um) representante do Fórum de Entidades das Profissões da área de Saúde;
- 1 (um) representante da Associação Brasileira de Psiquiatria;
- 1 (um) representante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Acatando a recomendação contida no Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o plenário do Conselho Nacional de Saúde cria comissão específica para assessorá-lo, entendendo ser a Reforma Psiquiátrica um processo complexo e prioritário, devendo, para tanto, incorporar na formulação das suas diretrizes os diversos atores sociais envolvidos nesta empreitada. Respeitando o disposto na Lei no 8.142/91, a Comissão tem representados usuários, familiares,

gestores, prestadores de serviços e associações de profissionais de saúde, como vemos.

Resolução nº298, de 02 de dezembro de 1999

Constitui a Comissão de Saúde Mental, que é composta por:

- um(a) representante dos usuários e/ou familiares dos serviços de saúde;
- um(a) representante do Movimento de Luta Antimanicomial;
- um(a) representante da Associação Brasileira de Psiquiatria;
- um(a) representante do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores de Saúde;
- um(a) representante dos prestadores contratados;
- um(a) representante da Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça;
- um(a) representante do CONASEMS;
- um(a) representante do CONASS;
- um(a) representante do Ministério da Saúde.

É a nova denominação, com variação na quantidade de instituições representadas da Comissão anterior, visando a ter a mesma estrutura e atribuições das demais comissões daquele órgão colegiado.

Siglas

GM – Gabinete do Ministro

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

Lei nº10.216 de 06 de abril de 2001

Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001

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

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

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

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

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

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

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

-
- I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
 - II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
 - III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu

representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Glossário

- AIH = Autorização de Internação Hospitalar.
- Área de abrangência = também chamada de território ou região de abrangência. É a região (bairros, área programática) em que o CAPS é responsável pelo atendimento, incluindo-se todas as pessoas que moram nessa região.
- Atendimento de orientação = aconselhamento ou instrução, individual ou em grupo, sobre algum assunto específico, por exemplo, grupo de orientação sobre medicamentos.
- Bradicardia = diminuição do ritmo cardíaco que pode ser fisiológico ou ocorrer por doenças ou condições do organismo.
- Bruxismo = é o ranger dos dentes, que pode ocorrer toda noite ou na maior parte dela.
- Bulimia = é uma doença na qual a pessoa come exageradamente e depois força o vômito ou até toma laxantes para emagrecer ou para não engordar.
- Catatonia = estado característico que consiste na manutenção de uma atitude, incômoda durante longo tempo, com aspecto de estátua, precaução,

ameaça, prece, sentido, etc. Durante o estado de catatonia o paciente não responde, não tem atitude nenhuma, não reage a nada.

- Cleptomania = síndrome psíquica que se manifesta por tendência ao furto, pelo desejo irresistível de possuir objetos ou bens que pertencem à outra pessoa.

- Coprofilia = é o prazer sexual associado ao desejo de defecar sobre o(a) parceiro (a) ou de receber as fezes em seu corpo.

- Despersonalização = senso subjetivo de ser irreal, estranho ou não familiar consigo mesmo; não se reconhece.

- Desrealização = um senso subjetivo de que o ambiente é estranho ou irreal; sentimento de realidade alterada.

- Diaforese = processo de secreção do suor que pode ser espontâneo ou provocado por medicamentos, por estados febris, e por uso de algumas substâncias psicoativas em excesso.

- Diplopia = defeito visual caracterizado por percepção de dupla imagem de um mesmo objeto.

- Dipsomania = manifestação psíquica que consiste no impulso mórbido e incontrolável para bebidas alcoólicas.

- Disforia = sensação subjetiva vaga e indeterminada de mal-estar.

- Enurese = emissão involuntária da urina; incontinência urinária.

- Fetichismo = perversão que consiste em amar não a pessoa mas uma parte dela ou um objeto do seu uso pessoal.

- Gerenciamento de casos = registro, indicação de tratamento e acompanhamento individualizado a cada paciente, mobilizando-se as possibilidades do serviço e das ações intersetoriais para tal fim.

- Gerontofilia = referência sexual patológica por pessoas idosas ou mais velhas.

- Gestor local = é preferencialmente o secretário municipal de Saúde nos municípios (ou o estadual naqueles sem gestão plena), ou pessoa por ele designada, ou seja, coordenadores ou articuladores de saúde mental, estaduais, municipais, regionais ou distritais.

-
- Hipertermia = elevação da temperatura do corpo, por estado de febre ou abuso de algumas substâncias.
 - Inserção social = permanência das relações sociais do paciente e de garantia de equipamentos e atividades em diferentes esferas da vida (moradia, trabalho, lazer etc.), tanto quanto possível.
 - Letargia = estado de sonolência invencível que se observa em algumas síndromes psíquicas ou algumas doenças orgânicas.
 - Medicamentos essenciais = conjunto de produtos farmacêuticos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.
 - Medicamentos excepcionais = conjunto de produtos farmacêuticos, geralmente de custo elevado. Sua dispensação atende a casos específicos, refratários aos medicamentos essenciais, devendo seguir os protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.
 - Midríase = dilatação da pupila devido a algum fator local ou geral.
 - Miose = diminuição do diâmetro da pupila. É o oposto de midríase.
 - Necrofilia = aberração sexual que leva à profanação de cadáveres.
 - Pedofilia = desejo forte de práticas e fantasias sexuais com crianças.
 - Piromania = provocação intencional de incêndios em ocasiões variadas e distintas.
 - Potomania = mania de beber grandes quantidades de líquidos, de toda a natureza, sem uma sede real que justifique tal comportamento.
 - Psicofármacos = medicamentos psiquiátricos utilizados para o tratamento em crise ou manutenção: antipsicóticos, antidepressivos, tranquilizantes, antiepilépticos, estabilizadores do humor.
 - Redução de danos = ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento. Os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de

seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamentos de substituição e evitar a associação do beber-dirigir.

- Self = é considerado o centro da personalidade. É o “eu mesmo”.
- Substâncias psicoativas = são produtos de origem natural ou sintética, utilizados para promover alterações na sensopercepção, no nível de consciência e no estado emocional dos usuários. Muitos dos efeitos obtidos não são buscados de forma intencional pelo usuário (ex.: efeitos clínicos adversos, decorrentes do uso).
- Taquicardia = aumento da frequência dos batimentos cardíacos. Pode ser fisiológica ou ocorrer por um mecanismo externo, como uso de drogas, por exemplo.
- Voyeurismo = excitação sexual ao observar a prática sexual por outros ou simplesmente ao ver os órgãos genitais de outrem, independentemente de qualquer atividade própria.
- Zoofilia = desejo e prática sexual com animais.

Referências

ALVARES, Julia Paglioza. Philippe Pinel (1765-1826) - Uma nova concepção de loucura. Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/artigo4.htm>> Acesso em 30 out. 2006.

ALVES, P.C.B.; RABELO, M.C. Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. In: RABELO, M.C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I.M. Experiências de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AMARANTE, Paulo (Coord). Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. (org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.73-84.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

BRASIL. Guia de saúde mental. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pdf%20II%20Distribuicao%20dos%20Leitos%20Psiquiatricos%20SUS%20por%20UF%20e%20Hospitais%20Psiquiatricos.pdf>> Acesso em 20 de maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Programa “De Volta Para Casa”. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Memória da loucura: apostila de monitoria. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS nº224, de 29 de janeiro de 1992. Regulamento o funcionamento dos serviços de saúde mental no Brasil. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/ GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002.

Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Roteiro para avaliação de hospitais psiquiátricos Pnash/psiquiatria 2003. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/pnashpsi/Roteiro%20da%20saude%20mental%20REVISADO%202003.pdf>> Acesso em 20 de maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego / Secretaria Nacional de Economia Solidária Senaes/Tem. Disponível em:

<http://www.mte.gov.br/ecosolidaria/prog_apresentacao.pdf>. Acesso em: 15 maio 2007.

Centro de mídia independente. 18 de maio - Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Disponível em: <<http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2004/05/280596.shtml>>.

Acesso em: 15 maio 2007.

Código Internacional de Doenças. Disponível em:

<<http://www.esquilamedica.hpg.ig.com.br/CID.htm>>. Acesso em: 15 maio 2007.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas

substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). Ensaios – subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p.141-168.

COSTA-ROSA, Abílio da; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. As Conferências Nacionais de Saúde e as premissas do modo psicossocial. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.12-25, maio/ago. 2001.

DESVIAT, Manuel. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.15-21.

Dicionário on-line. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo>>. Acesso em: 23 mar. 2007.

ESPERIDIÃO, Elizabeth. - Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 29 de jan. 2007.

ESPINOSA, Ana Fernández. Psiquiatria. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2002.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 7.ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.

GOLDENZWAIG, N.R.S.C. Administração de medicamentos na enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

GUIMARÃES, Jacileide; SAEKI, Toyoko. Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira. Ciência e Saúde Coletiva, 12(2), 531-38, 2007.

Instituto Franco Basaglia. Disponível em:

<http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.htm>. Acesso em: 15 maio 2007.

KANTORSKI, L.P.; SCHRANK, G.; WILLRICH, J. Q. Avaliação das funções psíquicas – orientações e cuidados de enfermagem. Revista Técnico-científica Enfermagem, 3(12), 395-405, 2005.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Compêndio de Psiquiatria. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LARAIA, Roque de Barros. Cultura – um conceito antropológico. 11. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. Hospitais psiquiátricos x serviços substitutivos: saberes em confronto. Caderno de textos. III Conferência Nacional de Saúde Mental,

Brasília, 2001.

LOPES, Maria Helena Itaqui. Pesquisa em hospitais psiquiátricos. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm>> Acesso em 18 maio. 2007.

Luta Antimanicomial. Disponível em: <<http://saudemmentales.wordpress.com/>>.

Acesso em: 15 maio 2007.

MACHADO, Vanessa; MANÇO, Amábile Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo.

Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1472-1479, set-out, 2005.

MAIA, Rousiley; FERNANDES, Adélia. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera política pública. Revista Brasileira de Ciências Sociais. São Paulo, v.17, n.48, fev., 2002.

MELMAN, J. Família e doença mental. São Paulo: Escritus, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS; UNICAMP. Prevenção de suicídio: manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental. 2006.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

PAIM, I. Curso de Psicopatologia. 11.ed. São Paulo: EPU, 1993.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11(2): 241-258, maio-ago. 2004.

Portal da Saúde Pública do Pará. Disponível em:

<http://www.sespa.pa.gov.br/Situa%C3%A7%C3%A3o/situacao_mental.htm>

Acesso em 20 de maio 2007.

PsicEwb – Psiquiatria Geral. Disponível em:

<<http://virtualpsy.locaweb.com.br/dicionario.php?busca=psicose>> Acesso em: 15 maio 2007.

Reforma manicomial. Disponível em:

<<http://www.comciencia.br/reportagens/manicom/manicom8.htm>> Acesso em: 30 out. 2006.

Rio Grande do Sul (Estado). Disponível em: <<http://www.rs.gov.br/index.php>>

Acesso em 18 maio 2007.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SOUZA, M. I. Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, M.C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I.M. Experiências de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

STUART, G.M.; LARAIA, M.T. Enfermagem Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

TEIXEIRA, Julius Martins. A loucura a serviço dos poderosos. Disponível em: <<http://www.anovademocracia.com.br/07/06.htm>> Acesso em 30 out. 2006.

Wikipédia. Anfetamina. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Anfetamina>>. Acesso em: 15 maio 2007.

_____. Antidepressivo. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Antidepressivo> Acesso em: 16 maio 2007.

_____. Atipsocótico. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Antipsic%C3%B3tico> Acesso em: 16 maio 2007.

_____. Cocaína. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Coca%C3%ADna>> Acesso em: 15 maio 2007.

_____. Maconha. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Maconha>> Acesso em: 15 maio 2007.

_____. Nicotina. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Nicotina>> Acesso em: 15 maio 2007.