Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica

Antônio Carlos Schwiderski

INSTITUTO FEDERAL
PARANÁ
Educação a Distância

Curitiba-PR
2012

Presidência da República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Secretaria de Educação a Distância

© INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - PARANÁ - EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Este Caderno foi elaborado pelo Instituto Federal do Paraná para o Sistema Escola Técnica Aberta do Brasil - e-Tec Brasil.

Prof. Irineu Mario Colombo
Reitor

Profª. Mara Christina Vilas Boas
Chefe de Gabinete

Prof. Ezequiel Westphal
Pró-Reitoria de Ensino - PROENS

Prof. Gilmar José Ferreira dos Santos
Pró-Reitoria de Administração - PROAD

Prof. Silvestre Labiak
Pró-Reitoria de Extensão, Pesquisa e Inovação - PROEPI

Neide Alves
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Assuntos Estudantis - PROGEPE

Bruno Pereira Faraco
Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional - PROPLAN

Prof. José Carlos Ciccarino
Diretor Geral do Câmpus EaD

Prof. Ricardo Herrera
Diretor de Planejamento e Administração do Câmpus EaD

Profª Mércia Freire Rocha Cordeiro Machado
Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Câmpus EaD

Profª Cristina Maria Ayroza
Assessora de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE/EaD

Profª Márcia Denise Gomes Machado Carlini
Coordenadora de Ensino Médio e Técnico do Câmpus EaD

Prof. Rubens Gomes Corrêa
Coordenador do Curso

Adriana Valore de Sousa Bello
Cassiano Luiz Gonzaga da Silva
Denise Glovaski Faria Souto
Jéssica Brisola Stori
Assistência Pedagógica

Profª Ester dos Santos Oliveira
Prof.ª Sheila Cristina Mocellin
Prof.ª Vanessa dos Santos Stanqueviski
Prof.ª Walny Vianna
Revisão Editorial

Goretti Carlos
Diagramação

e-Tec/MEC
Projeto Gráfico

Catalogação na fonte pela Biblioteca do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - Paraná

Apresentação e-Tec Brasil

Prezado estudante,

Bem-vindo ao e-Tec Brasil!

Você faz parte de uma rede nacional pública de ensino, a Escola Técnica Aberta do Brasil, instituída pelo Decreto nº 6.301, de 12 de dezembro 2007, com o objetivo de democratizar o acesso ao ensino técnico público, na modalidade a distância. O programa é resultado de uma parceria entre o Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação a Distância (SEED) e de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), as universidades e escolas técnicas estaduais e federais.

A educação a distância no nosso país, de dimensões continentais e grande diversidade regional e cultural, longe de distanciar, aproxima as pessoas ao garantir acesso à educação de qualidade, e promover o fortalecimento da formação de jovens moradores de regiões distantes, geograficamente ou economicamente, dos grandes centros.

O e-Tec Brasil leva os cursos técnicos a locais distantes das instituições de ensino e para a periferia das grandes cidades, incentivando os jovens a concluir o ensino médio. Os cursos são ofertados pelas instituições públicas de ensino e o atendimento ao estudante é realizado em escolas-polo integrantes das redes públicas municipais e estaduais.

O Ministério da Educação, as instituições públicas de ensino técnico, seus servidores técnicos e professores acreditam que uma educação profissional qualificada – integradora do ensino médio e educação técnica, – é capaz de promover o cidadão com capacidades para produzir, mas também com autonomia diante das diferentes dimensões da realidade: cultural, social, familiar, esportiva, política e ética.

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

Ministério da Educação
Janeiro de 2010

Nosso contato
etecbrasil@mec.gov.br

Indicação de ícones

Os ícones são elementos gráficos utilizados para ampliar as formas de linguagem e facilitar a organização e a leitura hipertextual.

Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.

Saiba mais: oferece novas informações que enriquecem o assunto ou "curiosidades" e notícias recentes relacionadas ao tema estudado.

Glossário: indica a definição de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.

Mídias integradas: sempre que se desejar que os estudantes desenvolvam atividades empregando diferentes mídias: vídeos, filmes, jornais, ambiente AVEA e outras.

Atividades de aprendizagem: apresenta atividades em diferentes níveis de aprendizagem para que o estudante possa realizá-las e conferir o seu domínio do tema estudado.

Sumário

Palavra do professor-autor **11**

Aula 1 - Conceitos básicos da Saúde-doença mental **13**
1.2 O que é saúde mental? 14
1.3 O que é Saúde mental comunitária? 14
1.4 O que é doença mental? 14
1.5 O que é Psiquiatria? 14
1.6 O que é Psicoterapia? 15
1.7 Você sabe quais são as diferenças entre o psquiatra e o psicólogo? 15
1.8 O que é promoção da saúde mental? 15

Aula 2 - Situações de influência para a doença mental: fatores físicos/biológicos, psicológicos e sociais **17**

Aula 3 - História da Psiquiatria e Saúde Mental **25**
3.1 Breve retrospectiva da história da Psiquiatria 25

Aula 4 - Políticas de Saúde Mental no Brasil **33**

Aula 5 - A Reforma Psiquiátrica Brasileira **37**
5.1 O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil 37
5.2 O movimento antimanicomial 38
5.3 Histórico da Reforma Psiquiátrica e Modelo (1978-1991) 40

Aula 6 - Reabilitação psicossocial **47**

Aula 7 - Dispositivos para o tratamento de saúde mental **51**
7.1 Pronto Atendimento 51
7.2 Ambulatório 52
7.3 Internamento 52

Aula 8 - A epidemiologia da saúde mental **57**

Aula 9 - O ser humano e a saúde mental **61**
9.1 Necessidades humanas básicas 61
9.2. Períodos críticos 62
9.3 Mecanismos mentais (defesa) 63

Aula 10 - Ambiente de trabalho na área de saúde **65**
10.1 Ambiente terapêutico 65
10.2 Comunicação terapêutica 66
10.3 As fases da relação terapeuta-paciente (interação terapêutica) 66
10.4 A equipe de atendimento 69
10.5 Intervenção em crises 70
10.6. Eventos desencadeantes 71

Aula 11 - Sistema Nervoso nos transtornos mentais **75**

Aula 12 - Principais manifestações clínicas (psicobiológicas) dos transtornos mentais **81**
12.1 Funções psíquicas 81
12.2 Mini exame do estado mental (MEEM) 85
12.3 Métodos diagnósticos em psiquiatria 86
12.4 Prognóstico dos transtornos mentais 87

Aula 13 - Principais transtornos mentais **89**
13.1 Transtornos mentais orgânicos 89
13.2 Transtornos neuróticos (transtornos de ansiedade, obsessivo-compulsivo e de humor) 91

Aula 14 - Transtornos do humor: Depressão **99**
14.1 Transtornos de Humor 99
14.2 Sintomas e tratamentos 102

Aula 15 - Transtornos psicóticos (Esquizofrenia e Transtorno Bipolar) **105**

Aula 16 - Transtorno mental e de comportamento decorrentes ao uso de substâncias psicoativas **111**

Aula 17 - Transtorno de personalidade antissocial **115**

Aula 18 - Tipos de tratamento em saúde mental **119**

Aula 19 - A família no tratamento e a reinserção na sociedade **125**

Aula 20 - Saúde mental e trabalho **131**

Referências **135**

Atividades autoinstrutivas **141**

Currículo do professor-autor **153**

Palavra do professor-autor

A saúde mental como é vista hoje, passou por vários momentos ao longo da história, até chegar aos dias de hoje.

Este trabalho é o resultado de pesquisas, consultas e experiência na assistência a pacientes psiquiátricos. Nossa preocupação não foi somente fazer mais um livro na área de saúde mental, mas também situar e destacar a evolução da psiquiatria à saúde mental, oferecendo aos estudantes do curso técnico em reabilitação de dependência química orientações para o entendimento da evolução histórica e as consequências na atualidade.

Esperamos que este livro contribua para ampliar seu conhecimento, capacitando-o a entender o atendimento ao portador de transtorno mental.

Bons estudos!

Aula 1 - Conceitos básicos da Saúde-doença mental

Em nossa primeira aula trabalharemos alguns conceitos básicos e fundamentais ao entendimento da saúde-doença mental, que servirão como base para melhor compreensão da **etiologia**, tratamento e políticas voltadas a este segmento que são importantes na reabilitação de dependentes químicos.

A-Z

Etiologia
É o estudo sobre a causa ou a origem de uma determinada doença

1.1 O que é saúde?

Figura 1.1: Saúde
Fonte: www.shutterstock.com

Para Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de distúrbios ou de doenças; é um estado harmonioso, em que todos os órgãos, glândulas e nervos funcionam perfeitamente dando ao ser humano vigor e felicidade, ou seja, a parte física e mental funcionando em sintonia.

Figura1.2: Saúde Mental
http://fluxodopensamento.com

1.2 O que é saúde mental?

Podemos definir saúde mental como o indivíduo livre de dor, patologia aparente e incapacidade. É o perfeito ajustamento do indivíduo com o meio. É um aspecto da saúde em geral que, a partir de uma concepção integral do ser humano como entidade biopsicossocial, não pode ser visto em separado. É um equilíbrio dinâmico da personalidade, ou seja, o indivíduo manter-se mentalmente sadio. Para isso é necessário que o indivíduo se adapte ao meio social, aceite suas limitações e expresse sua capacidade de tolerância e de defesa.

Para OMS (Organização Mundial de Saúde) é a capacidade de estabelecer relações harmoniosas com os demais e a contribuição construtiva nas modificações do ambiente físico e social.

1.3 O que é Saúde mental comunitária?

É uma condição dinâmica em que a pessoa se sente com disposição, tem bons relacionamentos na comunidade, autonomia diante da vida, é capaz de realizar o que aprecia e tem senso de propósito.

1.4 O que é doença mental?

É uma doença de ajustamento, uma maneira defeituosa de viver e seus sintomas são expressos na maneira como a pessoa se comporta, o que dificulta o desenvolvimento da vida habitual da pessoa. É a falha de parte de um indivíduo comportar-se de acordo com as expectativas de suas sociedades.

O termo correto atualmente para se referir à doença mental deve ser chamado de "transtorno mental". Os transtornos não têm causa única são gerados por um conjunto de fatores até as causas biopsicossociais.

O transtorno mental deve ser visto como multifatorial, portanto, como abordagem multiprofissional não somente como doença, mas abordá-la dentro do contexto que o paciente vive, no qual sua família está inserida.

1.5 O que é Psiquiatria?

É a ciência que se relaciona com o estudo e o tratamento dos transtornos mentais e dos processos de distúrbios mentais. Esta área do conhecimento médico-científico se ocupa do estudo dos transtornos mentais nos seus diferentes aspectos como: etiológico, clínico, diagnóstico, prevenção e tratamento.

1.6 O que é Psicoterapia?

É o tratamento de fatores emocionais por meio de técnicas psicológicas, existindo muitas técnicas diferentes com o mesmo objetivo, ou seja, fazer do paciente uma pessoa mais madura, independente e satisfeita.

1.7 Você sabe quais são as diferenças entre o psquiatra e o psicólogo?

1.3. Figura: Psicólogos e Psiquiatras
http://lightshouse.org

O psiquiatra é o único que pode receitar remédios, por isso é obrigatório que seja formado em medicina. Para o psicólogo, há necessidade de graduação em psicologia tendo atuação abrangente não só em consultórios, mas também em empresas, fazendo orientação de recursos humanos, testes vocacionais, dinâmicas de grupos entre outros, ou seja, pode seguir dezenas de linhas ou métodos diferentes. Portanto, estamos diante de duas profissões: psiquiatria e psicologia.

1.8 O que é promoção da saúde mental?

Para OMS (2001) a promoção da saúde mental é uma série de estratégias para melhorar e prevenir distúrbios mentais, que podem também contribuir

para a redução de outros problemas, tais como a delinquência juvenil, maus-tratos das crianças, desistência escolar e perdas de dias de trabalho devido às doenças.

O objetivo da prevenção em saúde mental consiste em diminuir o aparecimento (incidência), duração (prevalência) e incapacidade residual dos transtornos mentais. Baseia-se nos princípios de saúde pública e é dividida em primária, secundária e terciária.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender um pouco melhor o significado das palavras na área de saúde mental. Estas que são muito conhecidas pelos profissionais que atuam na área, portanto, um conhecimento de grande valia para o técnico em reabilitação de dependência química.

Atividades de aprendizagem

1. Você saberia justificar porque só o psiquiatra pode prescrever medicamentos ao portador de transtorno mental?

Aula 2 - Situações de influência para a doença mental: fatores físicos/biológicos, psicológicos e sociais

Nessa aula estaremos aprendendo que existem fatores que influenciam a doença mental e que são resultantes dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Figura 2.1: Doença mental
http://teenmentalhealth.org

De forma simplificada, os fatores que podem influenciar no aparecimento da doença mental estão as funções orgânicas, onde o quadro mental está associado a uma doença orgânico-cerebral ou à intoxicação por agentes químicos. Nas funcionais não há relação evidente com o quadro orgânico são aspectos psicológicos que desestruturam a personalidade.

Para saber mais sobre a Síndrome de Down acesse o *site* da Fundação Síndrome de Down: http://www.fsdown.org.br/site/pasta_116_0__o-que-e-sindrome-de-down-.html

Dentre os fatores causais biológicos ou físicos, se incluem as anomalias genéticas (Síndrome de Down), os fatores pré-natais (consumo de fármacos, tabaco, álcool, exposição às radiações), os fatores perinatais (lesões cerebrais no parto, como hipóxia e traumatismos mecânicos), causas orgânicas ou exógena e neuroendocrinológico.

No que se refere aos fatores causais psicológicos ou psíquicos estariam às mudanças significativas na personalidade durante os períodos de crise. Já os fatores causais ambientais, sociais ou exógenos esta repercussão dependerá da vulnerabilidade do indivíduo devido às condições prévias.

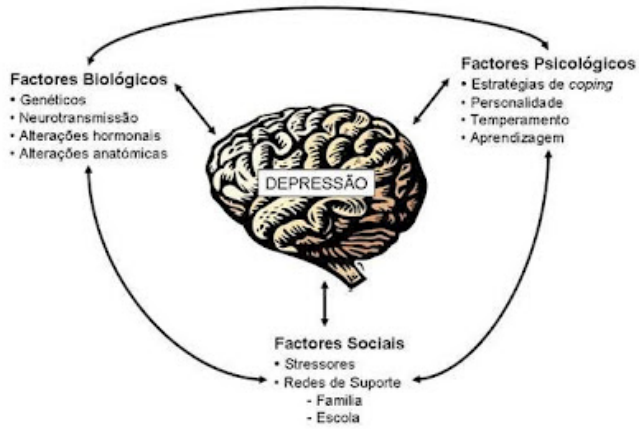


Figura 2.2: Fatores que podem predispor a uma depressão
Fonte: http://malveiro.blogspot.com

Na origem dos transtornos mentais existem fatores que predispõem aos distúrbios e fatores que os desencadeiam. Dentre aqueles predisponentes para os transtornos mentais estão os genéticos, a constituição, a idade, o sexo e a raça.

Os fatores genéticos estão relacionados a qualquer que seja a contribuição da hereditariedade em relação à doença mental. As influências pós-natais e as experiências de crescimento são importantes para determinar a estrutura e o padrão de personalidade.

No que se refere à constituição, se acredita que as percepções da sensibilidade afetiva e as concepções do próprio corpo, isto é, a imagem corporal tem papel principal na determinação das respostas psicopatológicas individuais.

Na origem dos transtornos emocionais, não se pode separar o fator genético do ambiental devendo esses dois aspectos serem tratados em conjunto, como mostra a figura a seguir.

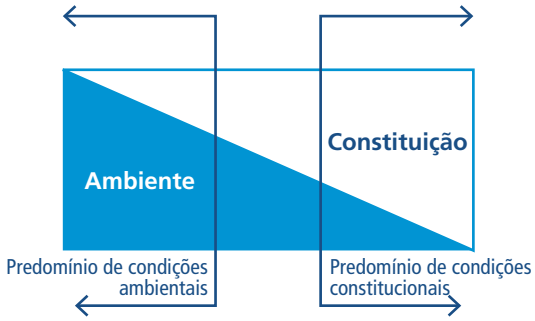


Figura 2.3: Origem dos transtornos mentais
Fonte:http://www.ebah.com.br

A idade traz que a ocorrência de transtornos mentais é rara até à adolescência, quando sua incidência sobe agudamente e de forma contínua à medida que a idade avança, sendo especialmente marcante para as pessoas mais idosas.

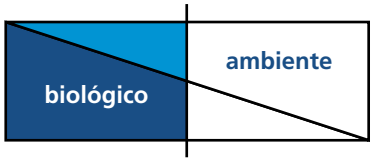
No fator sexo, nos homens são mais frequentes os transtornos decorrentes do uso de álcool e traumas físicos, acompanhados de epilepsia e arteriosclerose cerebral, enquanto nas mulheres se observam mais os transtornos do humor, a melancolia involutiva, os paranóides e os transtornos relacionados às somáticas.

No aspecto raça, se acredita que a tensão e depreciação inter-racial, denominadas racismo, contribuem significativamente nos prejuízos causados ao desenvolvimento da personalidade estável.

Ballone e Moura (2008) no estudo dos fatores orgânicos relacionados à agressão e violência, destaca que apesar de existir um fator genético capaz de aumentar a suscetibilidade da criança para comportamentos criminosos, esta suscetibilidade estará sujeita às condições ambientais.

Não menos complexos estão os fatores precipitantes, onde muitas variáveis estão presentes como o ambiente social e cultural, a urbanização, socioeconômicos, estado conjugal, gravidez, ocupação/ carga de trabalho, o uso de álcool, defeitos físicos, enfermidades físicas, disfunção cerebral geral, traumatismos, agentes tóxicos, perturbações endócrinas, privações e deficiências (oxigênio, desnutrição, privações do sono e sensorial, isolamento social, relações interpessoais, perdas).

O ambiente no qual um indivíduo é muito mais do que um mundo físico consiste da estreita relação interpessoal com o grupo familiar e as pressões impostas sobre este grupo pela cultura mais ampla e seus sistemas de valores particulares. O eu social se expressa em ações grupais e é modificado por ela, podendo ou não reforçar os objetivos e valores que um indivíduo estabeleceu para o seu eu pessoal.



Em situação inversa, um estado onde o biológico predomina, mas o ambiente ainda é expressivo

Figura 2.4: Relação do fator biológico com o ambiental
http://www.psiqweb.med.br

A família constitui uma influência arquitetônica no desenvolvimento da personalidade do indivíduo. A unidade familiar tem a capacidade de reduzir as tensões e as angústias da vida diária entre seus membros. Estas formas são transmitidas pela cultura onde esta família se insere, fornecendo à criança por meio dos pais o apoio emocional , nutritivo, e também, os valores.

Na esfera social e cultural as demandas do meio social com suas variações de: competição, repressões sexuais e códigos contraditórios promovem diferentes conflitos, frustrações individuais e dilemas, à medida que esses fatores moldam as capacidades adaptativas do indivíduo contribuem para o surgimento de transtornos mentais.

A urbanização é algo também a ser considerada, pois estudos evidenciaram uma maior prevalência em áreas urbanas de transtornos mentais associadas ao uso de álcool, substâncias tóxicas, transtornos do humor, transtornos paranóides e transtornos neuróticos, enquanto nas áreas rurais observa-se que é mais comum as doenças senis, melancolia involutiva e transtornos com deficiência mental.

Na questão socioeconômica, a tensão econômica força mudanças relacionadas a autoestima pessoal, na liberação de ansiedade e depressão, rompendo potencialmente a rede de relações de apoio individual dentro da família do indivíduo na sociedade e fragmentando a vida familiar.

Quanto ao estado conjugal, estudos relatam maior incidência de transtornos mentais entre os solteiros e divorciados do que entre os casados. Isto se deve parcialmente ao modo de vida estável e regular que leva a pessoa casada, com o senso da responsabilidade doméstica, o que constitui, provavelmente, uma das razões da melhor saúde mental em pessoas casadas.

Os transtornos mentais podem estar associados com a gravidez ou o período pós-parto. Entretanto, não existem quaisquer distúrbios mentais específicos relacionados com esses períodos. A gravidez também pode provocar sintomas psicofisiológicos no pai da criança como: náusea, enjôo matinal, alteração no apetite e, às vezes, dilatação no abdômen em decorrência do aumento da ansiedade.

Figura 2.5: Transtornado
http://health.kerals.com

O papel que o álcool desempenha na produção do transtorno mental é complexo e existem ainda muitos fatores desconhecidos e variáveis. Quanto mais cuidadosamente é estudada a história de um paciente portador de uma forma crônica de distúrbio mental, com mais frequência se verificará esta associação ao alcoolismo. A avitaminose como causa precipitante de transtorno mental no alcoólatra deve ser considerada.

As anomalias ou alterações físicas, as quais ocasionalmente provocam ressentimento e outras reações psicológicas indesejáveis, particularmente de natureza compensatória, tende a criar uma sensação de incapacidade para enfrentar as circunstâncias sociais e pode levar a sentimentos de inferioridade e insegurança. As crianças portadoras de defeitos físicos desenvolvem sentimentos relativos ao defeito devido em parte, à maneira pela qual veem outras pessoas reagirem a elas. Se reagirem com repulsa ou aversão, assim também a criança tenderá a encarar a deformidade.

As enfermidades físicas podem precipitar ou agravar tendências neuróticas ou psicóticas da personalidade. A identificação e a correção de tais enfermidades são de importância fundamental tanto para a prevenção quanto para o tratamento dos distúrbios da personalidade.

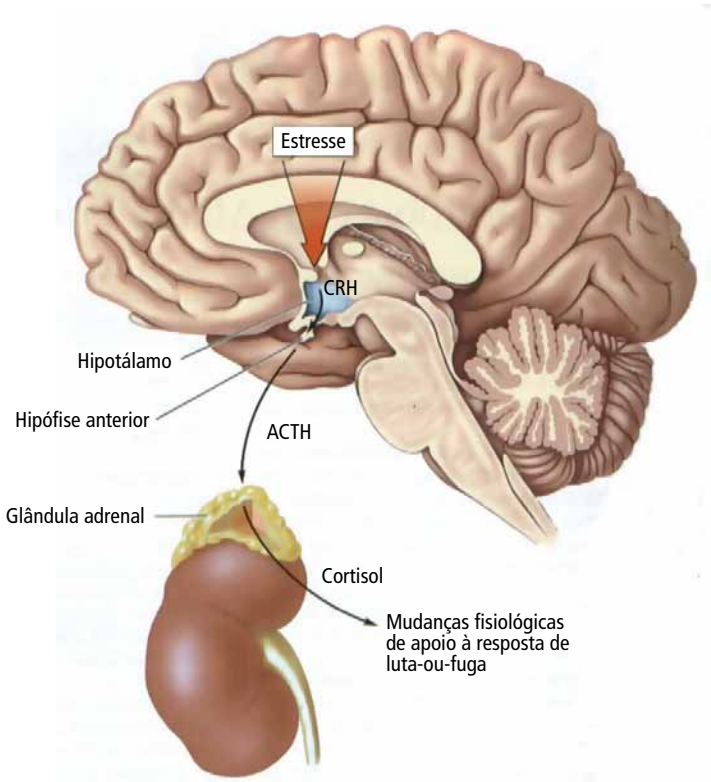


Figura 2.6: Estresse
Fonte: http://www.psiquiatriageral.com.br

A figura acima mostra como o sistema hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) regula a secreção de cortisol da glândula adrenal em resposta ao estresse.

A disfunção cerebral geral com a reação orgânica aguda resulta do prejuízo temporário, reversível e difuso da função do tecido cerebral e é caracterizada por perturbação de consciência, dificuldade de percepção, sonolência, coma, estados obnubilados delirantes, alucinações e ilusões. As causas de disfunção cerebral generalizada são: traumatismos, infecções, estados tóxicos, perturbações metabólicas e os vários estados de privação.

Um traumatismo, em qualquer parte do corpo, pode ter como consequência, geralmente depois de um período de latência, uma neurose traumática.

Antigamente, o transtorno mental psicótico mais comum resultante de infecção era a associada à menigencefalite sifilítica a qual resultava na paralisia geral progressiva. Também certos produtos químicos e drogas podem produzir síndromes cerebrais agudas, sob a forma de delírios de curta duração, ou durar até várias semanas.

As perturbações endócrinas podem alterar o funcionamento anormal das glândulas endócrinas, influenciando no funcionamento da personalidade através da perturbação das funções corporais.

As privações e deficiências, como a carência das necessidades corporais básicas (oxigênio, nutrição e líquidos, sono, estimulação perceptiva), caso seja suficientemente grande ou prolongada, pode levar a sérias deficiências constitucionais ocorrendo no período de desenvolvimento.

Resumo

Ao final desta aula você passou a conhecer os fatores predisponentes e determinantes e a importância deles na origem dos transtornos mentais.

Anotações

Aula 3 - História da Psiquiatria e Saúde Mental

A partir desta aula, faremos uma viagem histórica, na qual estudaremos a evolução da psiquiatria. Destacando as principais datas e fatos históricos até os dias atuais, pois para se entender a Saúde Mental é necessário que se tenha conhecimento do processo histórico ao longo do qual ela evoluiu.

3.1 Breve retrospectiva da história da Psiquiatria

Figura 3.1: Saúde Mental
http://www.dirjournal.com

A doença mental é tão antiga quanto à raça humana, mas nem sempre foi compreendida e tratada de forma científica. O comportamento estranho do doente levava outras pessoas a sentirem medo deste considerado como louco, por esta razão o doente mental foi abandonado. O seu destino ficou à mercê da chuva, do frio, do calor, preso, acorrentado e isolado da sociedade como se fosse criminoso.

Para Hipócrates (460-377 a.C), existia uma concepção sobrenatural da doença, considerava-se a epilepsia, como uma doença sagrada, afirmava que a doença lhe parecia "não mais divina nem mais sagrada que outras doenças" acreditavam que a doença mental consistia numa alteração ou patologia cerebral por desequilíbrio dos humores básicos (sangue, bílis).

Já se preocupava com a redução de danos, tanto que no século V a.C., aconselhava quem chegasse a uma nova cidade a avaliar se ali seria um lugar saudável para se viver ou não, sugerindo que se avaliasse sua geografia e o suprimento de água, se era "potável, desagradável ou salgada". Também aconselhava a observar o comportamento de seus habitantes "se eles gostavam de beber e comer em excesso e propensos à preguiça, ou se gostavam de exercício e de trabalho árduo".

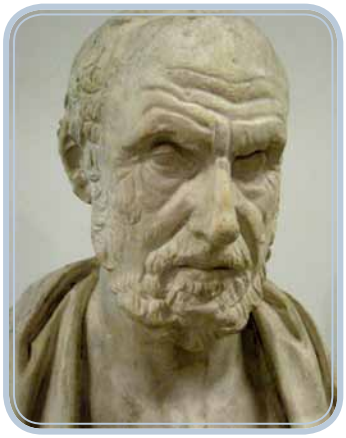


Figura 3.2: Hipócrates
http://medicinaybellasartes.blogspot.com.br

Platão (429-347 a.C) pensava que as alterações mentais dependiam de uma parte orgânica, uma ética e de outra divina. Os gregos e romanos prestavam tratamento humanitário para os doentes.

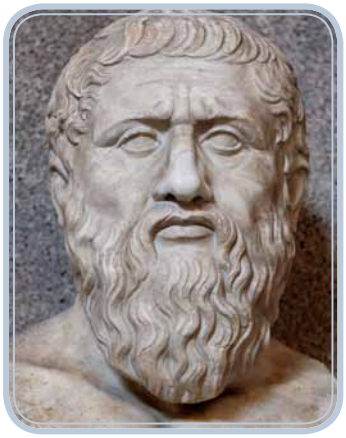


Figura 3.3: Platão
http://www.institutohypnos.org.br

Galeno (130-200 a.C), médico grego e a figura mais importante na medicina romana, afirmava que as doenças mentais poderiam ter uma origem orgânica ou psíquica. Era defensor da Teoria dos Humores de Hipócrates.

Figura 3.4: Galeno
Fonte: http://usuarios.cultura.com.br

Em 1160, tem-se o registro do Manicômio *Dar al-Maristan* e em 1410, na Espanha o Frei Juan Gilbert Jofre inaugura a 1ª instituição consagrada à assistência de doentes psíquicos, e em 1545, na Inglaterra é criado asilo para "loucos" com o nome *Hospital St Mary of Bethlehen*. Os séculos XV, XVI e XVII predominava o modelo sobrenatural da doença.

Até o século XVIII, os doentes mentais eram vistos como seres possuídos pelos demônios, as pessoas tinham medo deles e os mantinham isolados, acorrentados, tratando-os como criminosos e loucos. Em 1872 é realizada a 1ª execução por bruxaria.

Durante o século XVIII, os asilos onde os pacientes eram internados, eram atrações turísticas, sendo conhecido como Torre de Lunáticos (Viena), funcionando praticamente como um zoológico, quando os doentes mentais eram exibidos. Foi fechada em 1853.

Na Europa até o século XVIII, os hospitais não possuíam finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados "indesejáveis" à sociedade, como os leprosos, sifilíticos, aleijados, mendigos e loucos, ficando claro que eram lugares de exclusão social da pobreza e da miséria produzidas pelos regimes absolutistas da época.

Na ocasião da Revolução Francesa, o hospital de Bicêtre, em Paris, era considerado uma verdadeira "casa de horrores" onde os internados, loucos em sua maioria, eram abandonados à própria sorte.

O médico Phillipe Pinel (1745-1826), um dos primeiros alienistas (como eram chamados os médicos que foram os precursores da psiquiatria), ao ser nomeado diretor daquele hospital, começou a separar e classificar os diversos tipos de "desvio" ou "alienação mental" que encontrava,com o objetivo de estudá-los e tratá-los.

Figura 3.5: Phillipe Pinel
Fonte: http://www2.biusante.parisdescartes.fr

Foi deste modo que surgiu o hospital psiquiátrico ou manicômio, como instituição de estudo e tratamento da alienação mental. O chamado "tratamento moral" praticado pelos alienistas incluía o afastamento dos doentes do contato com todas as influências da vida social, e de qualquer contato que pudesse modificar o que era considerado o "desenvolvimento natural" da doença. Desta forma, pressupunha-se que a alienação poderia ser melhor estudada e sua cura poderia ser atingida.

Phillipe Pinel provocou uma revolução na assistência aos doentes mentais, introduzindo o conceito que doença mental tem cura. Propôs um tratamento mais humano, concedendo-lhes um ambiente mais limpo, arejado, lugar ao sol, conseguindo até emprego no comércio, aos clientes melhores condições. Passou a ser visto como um doente e não loucos, os libertou das correntes e substituiu por camisa de força. Pinel entendeu que as causas da loucura podiam ser somáticas, e que o tratamento poderia ser conseguido através da educação. Inaugurou a psiquiatria como especialidade médica, reconhecendo a loucura como alienação, considerando como causas "as paixões violentas ou exasperadas pelas contradições", e não acreditava na possibilidade da existência de causas orgânicas, a loucura consistia num comprometimento ou lesão do intelecto e da vontade.

Manfred Sakel (1932) descobriu a insulinoterapia, onde o princípio do tratamento consistia em provocar no cliente um coma hipoglicêmico, com duração média de uma hora, por meio de insulina. Esse coma, atentamente supervisionado , é interrompido pelo restabelecimento da glicemia.

Freud (1856-1939) surgiu no início do século XX, e de suas investigações e ideias surgiu a Psicanálise, método de exploração do inconsciente para pesquisa e conscientização com fins terapêuticos, que inclui uma nova teoria sobre o funcionamento da mente.

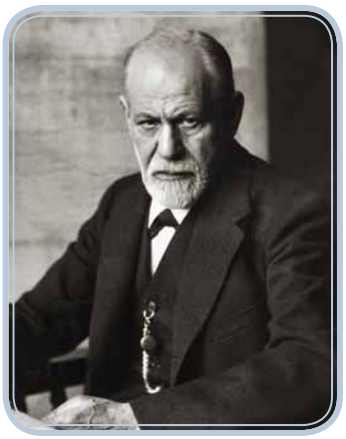


Figura 3.7: Freud
Fonte: http://es.wikipedia.org

Em 1936, introduzida psicocirurgia como forma de tratamento e em 1938 o eletrochoque. Gerlleti e Bini (1938), psiquiatras italianos iniciam com a eletroconvulsoterapia, provocando ataques epiléticos em pacientes com auxílio da eletricidade, operando com corrente elétrica de 100 volts por 60 segundos, utilizando dois eletrodos, colocados na região frontoparietal ou temporal, unilateral ou bilateral.

Na Alemanha, logo após o início da Segunda Grande Guerra, através de um decreto do Führer, baseado na ideologia nazista de preservação da pureza da raça, foi ordenado que se eliminassem pessoas portadoras de doenças incuráveis. Cerca de duzentos e setenta mil doentes mentais foram mortos por médicos e trabalhadores da área da saúde (KAPLAN & SADOCK, 1993).

Hildegard Peplau (1952) preconiza o relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente, como instrumento básico da assistência de enfermagem psiquiátrica. Sofre uma transformação, os prestadores de cuidados já não são do sexo masculino, selecionados pela sua força física para a contenção corporal do doente mental.

Sob a inspiração da experiência em Trieste (Itália), liderada por Franco Basaglia, em 1971 fecha os manicômios, acabando com a violência dos tratamentos e põe fim no aparelho da instituição psiquiátrica tradicional.

De sua autoria, a Lei 180 (13/05/78) é incorporada à lei italiana da Reforma Sanitária, proibindo a construção de novos hospícios e redirecionando os recursos destinados à saúde mental para criação e manutenção de serviços abertos, como hospital-dia, pensões protegidas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Basaglia demonstra que é possível a constituição de uma nova forma de organização da atenção que ofereça e produza cuidados, ao mesmo tempo em que produza novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam da assistência psiquiátrica.

Figura 3.8: Chegada da Família Real de Candido Portinari
Fonte: http://jeitobaiano.atarde.com.br

Fontes históricas registram que a psiquiatria surge com a chegada da Família Real ao Brasil, com o objetivo de colocar ordem na urbanização, disciplinando a sociedade e sendo, dessa forma compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX, provocando várias mudanças sócioeconômicas para ordenar o crescimento das cidades e populações.

A primeira instituição psiquiátrica no Brasil data de 1852, fundada por D.Pedro II no Rio de Janeiro. Em 1830 a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro já pedia a construção de um hospício para os alienados.

No Código Criminal do Império (1830), os doentes mentais foram denominados "loucos de todo gênero", termo que se manteve no Código Civil de 1916. A legislação que trata da loucura mostra uma constante preocupação com a proteção das pessoas sofredoras.

O modelo assistencial francês de 1838, defendido por Esquirol, foi adotado em boa parte do mundo ocidental e teve grande influência na legislação proposta por Teixeira Brandão em 1903. No Brasil, o atendimento aos loucos era tarefa da Irmandade da Misericórdia e esteve nas mãos da Santa Casa até a proclamação da República em 1889. A partir de 1890, o Hospício Pedro II passa a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados.

No início do século XX, os médicos conseguiriam obter o controle administrativo das Santas Casas e hospícios, os quais foram se tornando, gradativamente, estabelecimentos médicos (Oda e Dalgalarrondo, 2005).

No século XX, surgem novos nomes: Hospício passa a ser chamado de Hospital; Alienado de doente mental; asilado passa a ser interno; no ambulatório ele é egresso, se oriundo da hospitalização. Então, se torna paciente do ambulatório; no consultório ele é paciente/ cliente, analisando ou está em terapia. Na perícia é caso ou periciando. Assim, a loucura recebe os nomes de alienação mental, insanidade; depois doença mental, transtorno mental e ultimamente, sofrimento psíquico.

É a partir do embasamento nos conceitos da psiquiatria europeia, como degenerescência moral, organicidade e hereditariedade do fenômeno mental, que a psiquiatria brasileira intervém no comportamento considerado como desviante e inadequado às necessidades do acúmulo de capital, isolando e tratando deste no hospital psiquiátrico.

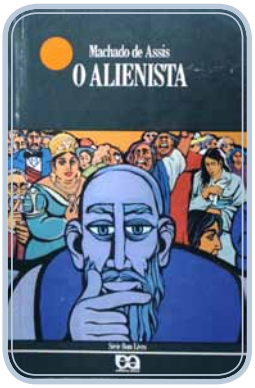


Figura 3.9: Capa do Livro de Machado de Assis
Fonte: http://itunes.apple.com/br

O saber e o poder médico, artificialmente, criam uma legitimidade de intervenção da classe dominante sobre os despossuídos através da nova especialidade – a psiquiatria – e da nova instituição - O Hospital Psiquiátrico. O objeto dessa intervenção - o sofrimento mental - é reduzido através de um artifício conceitual, a categoria de "doença mental", subtraindo toda a complexidade de fenômenos diversos, singulares e compreensíveis no contexto da existência humana.

Leia o livro "O Alienista", de Machado de Assis (1893-1908), onde um médico resolve fundar um hospício para estudar distúrbios psiquiátricos, e decide então internar todas as pessoas da cidade que considera louca. A ironia, tão presente nesta obra é usada para descrever o sistema de internação psiquiátrica da época.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender um pouco melhor a história e evolução da psiquiatria, suas principais datas e fatos históricos até os dias atuais.

Atividades de aprendizagem

1. Com base nos elementos contidos no texto referência de estudos do capítulo, responda que influências (positivas ou negativas) trouxeram Philippe Pinel no tratamento aos portadores de transtornos mentais?

Aula 4 - Políticas de Saúde Mental no Brasil

Nesse capítulo estaremos analisando as principais leis que amparam e fornecem as diretrizes políticas da saúde mental em nosso país atualmente.

Atualmente o Ministério da Saúde preconiza o cuidado ao usuário do serviço de saúde mental enquanto cidadão dotado de direitos humanos que deve ser compreendido e acolhido em suas instâncias biopsicossociais por equipes integradas e interdisciplinares.

As diretrizes da Política de Saúde Mental respeitam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, obedecendo às leis federais 10.216/01 e 10.708/03, priorizando a construção de serviços extra-hospitalares de base comunitária integrada e rede de atenção integral em saúde.

Dentre as principais ações do Programa Estadual de Saúde Mental com interface municipal estão a expansão e fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalares, como a implantação de CAPS, SRTS e leitos em unidades psiquiátricas em hospital geral; avaliação, acompanhamento e controle dos serviços hospitalares; inclusão de ações de saúde mental na atenção básica-PSF/UBS, em municípios que não comportam estruturas ambulatoriais especializadas tipo CAPS; formação e qualificação de RH para reforma psiquiátrica; implementação do Programa de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas; Programa Estadual de Medicamentos de Saúde Mental; apoio à organização social dos portadores de sofrimento mental através de associações de usuários e familiares contribuindo para o fortalecimento do controle social na área de saúde mental, integrados aos conselhos de saúde; implantação do Programa Nacional "De volta para casa"; implementação de Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil e implantação do Programa de Prevenção de Suicídio.

O Programa de Volta para Casa é também fundamental no Processo de desinstitucionalização, devendo estar empreendida conjuntamente com os níveis Federal, Estadual e Municipal, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011).

As ações prioritárias resumiam-se à implantação de CAPS, de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica. Na figura a seguir podemos confirmar o fortalecimento da rede extra-hospitalar.

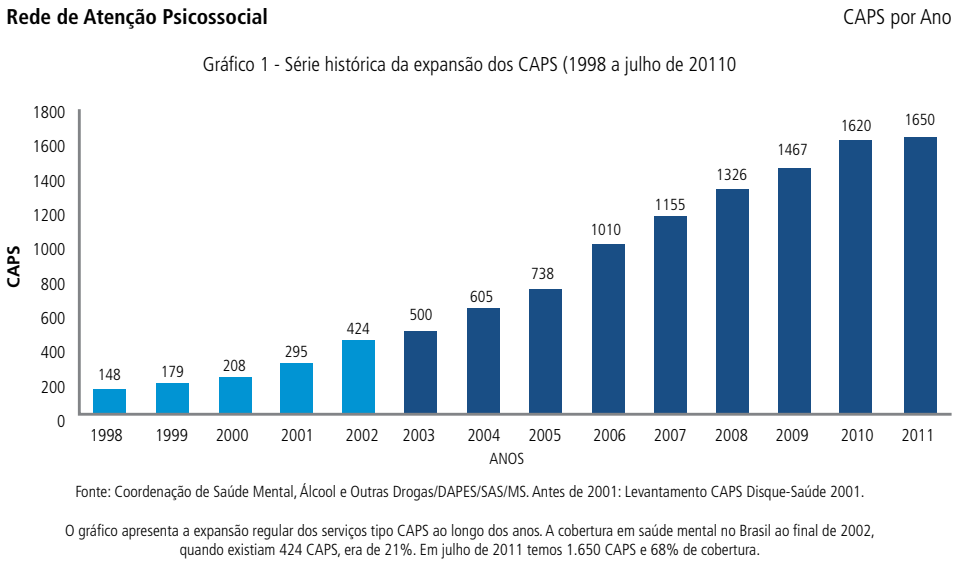


Figura 4.1: Série histórica da expansão dos CAPS
Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br

Na rede de Atenção Psicossocial, os Consultórios de Rua são dispositivos públicos que como o nome sugere, oferecem cuidados básicos de saúde para população vulnerável no próprio contexto de rua, com a participação de diversos setores na área de Assistência Social, Justiça, Cultura e Esporte, com foco na Redução de Danos (BRASIL, 2011).

Resumo

Ao final desta aula você passou a conhecer um pouco a respeito da atual política de saúde mental no Brasil, que será explicado com maiores detalhes em outra disciplina no curso.

Sugestão de *sites* na área de saúde mental

www.abpbrasil.org.br/saude.htm
(Notícias do Dia Mundial da Saúde)
www.paulodelgado.com.br
www.movimentoantimanicomial.org.br
www.saude.gov.br
(Ministério da Saúde)
www.who.int
(Organização Mundial da Saúde)

Atividades de aprendizagem

1. Responda a questão abaixo:

No relatório da OMS (2001), mais de 90% dos países não tem políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Elabore um texto crítico, dando sua opinião sobre a consequência deste fato?

Aula 5 - A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Neste capítulo estaremos analisando a reforma psiquiátrica brasileira a partir de dados históricos confrontados com a atualidade política sobre o assunto.

Figura 5.1: Reforma psiquiátrica-Manicômio
Fonte : http://lviveravida.blogspot.com.br

5.1 O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil

É no fim da década de 70, que surge a questão da reforma psiquiátrica no Brasil, sendo seu início contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", que tinha como objetivo propor mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores/ usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Nos primeiros anos da década de 80 os dois movimentos se unem, ocupando os espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde.

Assim, a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares.(BRASIL, 2005).

As estratégias principais para a implementação articulada e conjunta com as secretarias de saúde dos estados e municípios brasileiros, são as seguintes:

a) estabelecer mecanismo de financiamento das ações e serviços compatíveis de acordo com os preceitos da lei 8080/90;

b) consolidar orientação através dos documentos normativos do ministério da saúde, junto aos conselhos profissionais da área de saúde e representantes de associações de usuários e familiares;

c) subsidiar o Conselho Nacional de Saúde através da comissão nacional de reforma psiquiátrica, com composição paritária, questionando e aceitando proposições; estabelecer programas, para clientela dos crônicos, residentes nos hospitais psiquiátricos, fortalecer intercâmbio internacional, sob orientação da organização mundial de saúde e da organização panamericana de saúde;

d) estabelecer programas de capacitação de recursos humanos, votado para a mudança do modelo assistencial e estimular a revisão de legislação psiquiátrica.

5.2 O movimento antimanicomial

Analise as telas a seguir do pintor Vicent Van Gogh. O artista que sofreu inúmeras internações por problemas mentais e, que poeticamente registrou. Reflita sobre esses espaços do passado e a atual política de internação. O pintor na perfeição de querer capturar a perfeição no seu autorretrato amputou a própria orelha, dois anos antes do seu suicídio em julho de 1890. Os diagnósticos cogitados na época foram alcoolismo, psicose e epilepsia.

Figura 5.2: Hospital em Arles
Fonte: http://www.wikipaintings.org

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru-SP, onde foi proposto que o movimento de trabalhadores fosse um movimento social, por uma sociedade sem manicômios e que o dia 18 de maio fosse o dia Nacional da luta Antimanicomial.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei 3.567/89 onde propôs a "extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais".

Em 1990, a conferência '*Reestruturación de la Atención Psiquiátrica en la Región*', promovida pelas Organizações Panamericana e Mundial de Saúde(OPS/OMS) em Caracas, trata da necessidade de reestruturação imediata da assistência psiquiátrica pela adequação das legislações dos países de forma que:

> "(...) assegurem o respeito dos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a reorganização dos serviços que garantam o seu cumprimento".

Essa conferência tem como ponto principal demarcar a crescente tendência internacional de superação dos velhos modelos de psiquiatria e reforma psiquiátrica. O Brasil é signatário dessa Conferência, se comprometendo com seus objetivos.

Além da Conferência de Caracas, há outro documento político adotado pela "Organização das Nações Unidas Princípios para a proteção de pessoas com problemas mentais e para a melhoria da Assistência à Saúde Mental", que visa assegurar os direitos da pessoa portadora de sofrimento mental, tratando-a, dessa forma, como cidadã.

Em 1992 aconteceu em Brasília a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental que propôs a formação e instalação da comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica ligada ao conselho nacional de saúde com representantes de técnicos, usuários e familiares participantes do movimento.

Figura 5.3: Movimentos Antomanicomial
Fonte: http://www.revistareciclarja.com

O movimento antimanicomial tem aspectos importantes quanto à diversidade, complexidade e não homogeneidade. Era formado de trabalhadores e hoje é social de caráter popular. A saída da especificidade profissional para a área cultural mudou a concepção dos serviços de saúde e tem como interesse inserir os indivíduos à discussão na sociedade. Com isso, conseguir aliados e apresentar estratégias com outras áreas desde a cultural, o jurídico - revisando os conceitos de incapacidade e imputabilidade em relação à legislação discutir leis de reforma psiquiátrica em nível nacional -, a estadual e local com o intuito de solicitar deles a inversão de prioridades, buscando a implantação de serviços de saúde mental.

Para facilitar a descrição dos eventos importantes que marcaram o processo da reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental adotadas pelo Ministério da Saúde, se escolheu dividi-lo em três grandes períodos: crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991), início da implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000) e após a Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2005).

5.3 Histórico da Reforma Psiquiátrica e Modelo (1978-1991)

As discussões sobre a reforma psiquiátrica iniciaram-se no fim dos anos 70 (ditadura militar). O ano de 1978 marca o início efetivo do modelo social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), inspirado na experiência italiana em direção a uma construção coletiva crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. O cenário era de denúncias de violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia e de uma rede privada de assistência.

As discussões nesta área foram intensificadas a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, quando foi aprovada a redução progressiva de leitos psiquiátricos e a substituição por serviços alternativos que contemplassem a continuidade de tratamento ambulatorial com atividades de reabilitação e reinserção social. Surgiu num clima de efervescência que dominava o Brasil, como em 1976, quando ocorreu o espancamento do Bispo Dom Adriano Hipólito, morte de dirigentes de Partidos Políticos (PC do B em SP), cassação de parlamentares, a edição da Lei Falcão e explosões de bombas na ABI, na OAB, no CEBRAP e na Editora Civilização Brasileira.

Nesta mesma década (1976), em São Paulo era criado o CEBES e a Revista Saúde em Debate por um grupo de sanitaristas, no Rio de Janeiro surgia o Movimento de Renovação Médica, já que o setor sindical de 1964 não atendia aos anseios deste segmento. Em seguida, 1978, no Rio de Janeiro foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a partir de denúncias por jovens médicos psiquiatras, onde o Ministério da Saúde respondeu com a demissão de 260 profissionais.

Com esta crise, aconteceu a 1ª greve no setor público no país como consequência das demissões e insensibilidade do Ministério da Saúde. No mês de outubro, ocorre o 1º Encontro de trabalhadores da área, que teve lugar no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú e no ano seguinte aconteceu o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados. Estava o debate da loucura fora dos muros dos hospícios para o domínio público.

O projeto de lei 3.657 apresentado em 1989 pelo deputado federal Paulo Delgado, que preconizava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação dos direitos dos portadores de transtorno mental, deu origem à Lei 10.216 - 6 de abril de 2001 - de reforma psiquiátrica, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso (ler na íntegra nos anexos do livro), e estabeleceu a mudança no tratamento desses pacientes. Esta lei veio apresentar um grande avanço para a saúde mental no país, redirecionando o modelo de assistência psiquiátrica, regulamentando o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação arbitrária ou desnecessária.

A política de saúde mental passou por importantes e significativas transformações, evoluindo de um modelo centrado no hospital psiquiátrico para um modelo substitutivo de atenção diversificada, com base territorial e comunitária.

Na década de 80, acontece a crise da saúde mental, quando muitas pessoas procuravam internação psiquiátrica sem uma justificativa ou indicação, apenas para sobreviver ou para receber pensão por invalidez. Entretanto, muita coisa mudou quanto à concepção de saúde mental, com o início do "movimento da luta antimanicomial". Com a articulação da sociedade civil composta, sobretudo, por técnicos da área de saúde mental, usuários de serviços e seus familiares que reivindicaram o fim dos manicômios, propondo e apoiando iniciativas de tratamento alternativo e fiscalizando os hospitais existentes.

É marcado o ano de 1987 com o surgimento do 1º CAPS no Brasil, localizado no estado de São Paulo, e dois anos depois acontece a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, em São Paulo.

Figura 5.4: Paulo Delgado
Fonte: http://www.fecomercio.com.br

Em 1991 foi aprovado na Câmara dos Deputados um projeto de lei, autoria do deputado Paulo Delgado, prevendo a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços extra-hospitalares, sendo um marco para a chamada reforma psiquiátrica no Brasil. Até 1996, o projeto ainda não havia sido aprovado pelo Senado.

As queixas em relação aos serviços de saúde mental eram de que se trabalhava isoladamente, de forma desarticulada das outras instituições formais e informais. A estrutura ambulatorial especializada não comportava a demanda de pacientes, dificultando o acesso aos serviços e tornando a internação mais viável para fazer o tratamento. A família não participava ativamente do processo terapêutico, consequentemente a reintegração do paciente ficava comprometida e gerava uma das principais causas do insucesso no tratamento.

Para conhecer mais a respeito da Casa de Saúde Anchieta, leia o livro "Da saúde e das cidades", de David Capistrano Filho, Editora Hucitec, 1995. São Paulo, que traz um capítulo "A casa dos horrores"(p.99-120).

Neste período, a partir de 1989 à 1995, surge na saúde mental uma política de redução de leitos e desinstitucionalização, chegando a diminuir cerca de 20.000 leitos no país com o Ministério da Saúde publicando portarias sobre normas de funcionamento específicas para os Serviços de Saúde Mental.

5.3.2 Implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)

O ano de 1992 é o ponto de partida da política do Ministério da Saúde (MS) para a saúde mental, já que começa a ganhar contornos mais definidos com a Declaração de Caracas e a II Conferência Nacional de Saúde Mental.

São criados os CAPS, NAPS e Hospitais-dia, assim como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Ainda ao final deste período existiam 208 CAPS, entretanto, ainda 93% dos recursos do MS para a saúde mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos.

5.3.3 Após lei Nacional (2001-2005)

Em 2001, a Lei Paulo Delgado é sancionada, corrigida com um substitutivo e sofrendo modificações do Projeto de Lei original. A lei federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, porém não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo estabelecida as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e, com isso, maior sustentação e visibilidade à política de saúde mental do governo federal.

O processo de desinstitucionalização é impulsionado com a criação do Programa "De volta para casa". Acontece também uma política de recursos humanos voltada para a reforma psiquiátrica, e dentro da questão do álcool e de outras drogas, é incorporada a estratégia de redução de danos.

No ano de 2001, a OMS publicou seu Relatório com o tema "Saúde Mental: nova concepção, nova esperança", cujo lema era: "Cuidar Sim, Excluir Não", recomendando a integração da saúde mental nos serviços gerais de saúde, principalmente no nível da atenção primária.

No 2º semestre de 2004, o Brasil contava com 47.843 leitos psiquiátricos, e no período de janeiro de 2003 e julho de 2004, foram reduzidos 4.627 leitos.

A Portaria n. 336, de 2002, do Ministério da Saúde define as seguintes modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II (para atendimento a crianças e adolescentes), CAPS ad II (ad significa álcool e outras drogas).

Cada estado tem legislação fundamentada na lei federal. O estado do Paraná, por exemplo, em 1995 foi promulgada a lei estadual 11.189/95, designando a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico (modelo centrado no hospital) por uma rede integrada e variada de serviços assistenciais de atenção sanitária e social, a atenção integral a pacientes asilares e a salvaguarda dos direitos mensais.

A exemplo do estado, a capital do Paraná, Curitiba, tem a Lei Municipal n. 9000/96, que propõe a melhora nos serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e reintegração do portador de transtorno mental, o desenvolvimento de ações preponderantemente extra-hospitalares e internações psiquiátricas através de serviços de emergência especializados.

Apesar dos esforços realizados, ainda hoje mais de 200 anos após a libertação dos internos, o portador de transtorno mental é frequentemente segregado devido ao preconceito social.

5.3.4 A III Conferência Nacional de Saúde Mental

Realizada no final de 2001, em Brasília, foi convocada logo após a promulgação da Lei 10.216, consolidando a Reforma Psiquiátrica como política de governo, e dando aos CAPS, local estratégico para a mudança do modelo de assistência. Ainda, defendeu a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas.

Demorou nove anos para que fosse realizada a IV CNSM, em Brasília, um marco histórico que de 27 a 1° de julho contou com 1200 delegados, além de observadores e convidados. A característica desta conferência foi a intersetorialidade, isto é, o envolvimento de outros setores, além da saúde, como cultura, justiça e educação. Deste encontro, os pontos aprovados foram:

Eixo I – Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais, que se preocupou contra possíveis abusos na terceirização de serviços de Saúde Mental, a proposta 136-A garantiu que "serviços substitutivos sejam exclusivamente de caráter público estatal".

Eixo II – Consolidando a rede de atenção psicossocial e fortalecendo os movimentos sociais, abordou a implementação e ampliação da Política Na-

cional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), já aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, para garantir a "implementação de estratégias eficazes para acolher questões de gênero, raça/cor e etnia, LGBT e da diversidade .

Eixo III – Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial, com o objetivo de prevenir que as próximas conferências sofram atraso de anos para serem realizadas, como aconteceu com a atual, buscando-se a garantia nas três esferas do governo, em forma de lei, de que a conferência terá uma edição a cada quatro anos.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender um pouco melhor o processo da história da reforma psiquiátrica brasileira e as conferências nacionais de saúde mental como mobilizadores sociais.

Atividades de aprendizagem

1. Você saberia definir qual a relação do movimento sanitário com o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil?

Aula 6 - Reabilitação psicossocial

O conteúdo desse capítulo tratará de apresentar como centros de convivência, oficinas terapêuticas e cooperativas sociais, enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental, objetivam se diferenciar das práticas antecessoras, práticas decorrentes da ideia de estabelecer o trabalho como um recurso terapêutico de reabilitação psicossocial.

Observem a tela de Diego Rivera pintor mexicano que trabalha temáticas importantes de vida e problemas sociais, apresenta nesse trabalho o Carregador de Flores, que retrata um deficiente mental e que foi bastante polêmica no retratar a temática e a inclusão social.

Figura 6.1: Carregador de Flores. Diego Rivera (1935)
Fonte: http://www.passeiweb.com

A assistência psiquiátrica brasileira influenciada, principalmente pela psiquiatria italiana, tem passado por transformações na forma de lidar com a pessoa em sofrimento mental, mudando o enfoque da assistência psiquiátrica que deixa de ser essencialmente hospitalar, e agora vê ampliando seus espaços terapêuticos com o aumento do nº de CAPS.

Estes serviços privilegiam o acolhimento e a escuta, tendo por meta a reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental. O processo de RP tem por objetivo oferecer melhor qualidade de vida, através do conjunto de práticas sociais que promovem a solidariedade e a inclusão do paciente.

Para Pitta (1996), a RP representa um conjunto de meios, sejam estes programas e serviços, que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes. Exposto isso, se desenvolveram programas que visam dar suporte às demandas que os problemas mentais requerem como os Centros de Convivência e Cultura que tem papel importante na inclusão social das pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, pois ajudam na construção de novos laços sociais, autonomia, cidadania e vínculos solidários, atuando, sobretudo, no campo da cultura.

A parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego, na Secretaria Nacional de Economia Solidária/SENAES., resultou na criação do Programa de Inclusão Social pelo trabalho, que com o repasse de incentivo aos estados e municípios (Portaria nº 1169), contribuiu na expansão de iniciativas de geração de renda.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender sobre Reabilitação Psicossocial e os dispositivos que atendem os pacientes portadores de transtornos mentais.

Atividades de aprendizagem

1. Produza pequenos textos argumentando mediante temáticas apresentadas a seguir defendendo:

- A importância de iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas portadoras de transtornos mentais.

Aula 7 - Dispositivos para o tratamento de saúde mental

Nesse capítulo iremos observar que dentro da Reforma Psiquiátrica, entende-se como serviços substitutivos, os hospitais gerais com leitos psiquiátricos, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e os SRTS (Serviços de Residências Terapêuticas).

7.1 Pronto Atendimento

A imagem a seguir demonstra graficamente esses serviços.

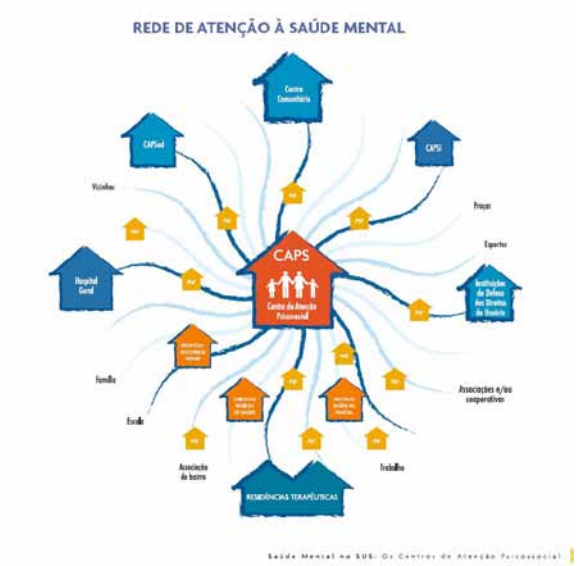


Figura 7.1: Rede de Atenção à Saúde Mental
Fonte: http://conferenciasaudementalpelotas.blogspot.com.br/2010/03/eixo-2-rede-psicossocial-e-pactos.html

Ouve-se muito falar em pronto atendimento, mas para melhor entendimento o que seria esse serviço?

Situações de emergência são aquelas que envolvem risco de vida ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas (tempo medido em minutos ou horas) e impostergáveis, como o *Delirium Tremens*, comportamento violento, toxicidade por drogas, tentativa de suicídio.

As situações de urgência envolvem riscos menores, necessitando de intervenção em curto prazo (tempo medido em dias ou semanas), como agitação aguda, avaliação de internações, comportamento bizarro.

As situações eletivas são aquelas em que a rapidez da intervenção não é um critério essencialmente importante, como ansiedade leve ou moderada, distúrbios situacionais (familiar, marital, trabalho).

7.2 Ambulatório

Tem como objetivo a promoção da saúde mental e é uma das modalidades de atendimento psiquiátrico para manutenção e estabelecimento de um tratamento ao indivíduo portador de transtorno mental.

Utiliza-se de psiquiatria individual, grupal/ familiar, farmacoterapia, serviço social e avaliação neste processo. Além dos encaminhamentos feitos por agentes, oferecendo consultas individuais (em psiquiatria e psicoterapia) ou de grupo, feitas por médico, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional.

Entretanto, para receber atendimento ambulatorial é necessário não requerer supervisão e observação intensiva, não representar um perigo para si e para outros e ter capacidade de continuar suas atividades de rotina.

7.3 Internamento

Necessário quando o paciente não aceita que está doente, é contrário ao tratamento e incapaz de cooperar, representando um perigo para si e para outros (auto-agressão e heteroagressão).

O objetivo é proporcionar um ambiente especial, normativo, porém tolerante, onde as manifestações de pensamento, da linguagem, dos sentimentos e condutas, não sejam recebidas com espanto ou estranheza por aqueles que o rodeiam. A equipe não concordará com estas expressões, mas aceitará como única forma de expressão do paciente. Tentará intervir e auxiliar, visando uma reintegração do paciente na comunidade.

A lei n.10.216 prevê que só poderá ocorrer a internação, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A lei também prevê três tipos de internação: voluntária, aquela consentida pelo usuário; involuntária, aquela a pedido de terceiro, sem consentimento do usuário e compulsória, aquela determinada pela justiça.

Segundo Louzã Neto (1998) a internação deve ser mais breve possível, com o objetivo de evitar "vícios" da institucionalização, particularmente em pa-

cientes crônicos. Internações longas não trazem benefício adicional, sendo os cuidados pós-alta mais importantes para a reabilitação, como os hospitais-dia.

Desde o ano de 2002 vem acontecendo a redução dos leitos psiquiátricos no país, resultando do fechamento de cerca de 18.500 leitos em Hospitais Psiquiátricos, através do PNASH/Psiquiatria e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica).

O processo de redução dos leitos psiquiátricos teve também o apoio da Portaria GM 2.644/09, que reagrupou os hospitais psiquiátricos em quatro classes e aqueles de menor porte (com até 160 leitos) foram melhores remunerados.

Hospital-Dia

Serviço destinado para situações de crise aguda. Há atividades psicoterapêuticas para o portador de transtorno mental e seus familiares. É um tipo de hospitalização, no caso parcial, os medicamentos são fornecidos durante o tratamento e o paciente vai dormir em casa.

É um serviço intermediário entre a hospitalização psiquiátrica e a integração do paciente na comunidade. Trata o paciente durante um tempo limitado (algumas horas por dia, de oito a doze horas, de segunda à sexta-feira) sem o afastar do seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, prevenindo a reclusão e a marginalização do paciente.

Para conhecer mais a respeito deste dispositivo, leia o livro "Hospital-Dia, Passageiro para a vida: o jogo da identidade e diferença", da Tânia Furtado, Editora Revinter, 1994. Rio de Janeiro, que traz sua vivência dentro da instituição.

Na política de saúde mental atual, os hospitais-dia foram substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que contam com equipes multidisciplinares, se constituindo num equipamento adequado para a reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais.

CAPS

Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária, atendendo prioritariamente pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em que o comprometimento requer monitoramento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, mais frequentemente egressos de internações psiquiátricas. Sua principal demanda consiste em psicóticos, neuróticos graves, dependentes químicos, deficientes mentais moderados são sempre acompanhados de desajustamento sociocultural e econômico.

A implantação de CAPS obedece a portaria GM 336 (19/02/2002), instituindo os CAPS-I, CAPS-II, CAPS-III, CAPS-AD e CAPS-I. Os CAPS-I, II e III estão direcionados ao tratamento dos transtornos mentais, diferenciando quanto ao número de habitantes; ou seja, de 20.000 à 70.000 nos CAPS-I, 70.000 à 200.000 habitantes nos CAPS-II e acima de 200.000 habitantes nos CAPS-III.

Especializados no tratamento aos dependentes do álcool e outras drogas, estão os CAPS-AD, para populações superiores a 70.000 habitantes e CAPS-I, especializados no tratamento de crianças e adolescentes.

O Ministério da Saúde, em cooperação com a Fundação Universitária José Bonifácio (FUJB) e o Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM) DA Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) produziram o Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica, que você pode baixar no endereço a seguir: http://versaude.blogspot.com.br/2008/06/um-outro-olhar.html

Como na reforma psiquiátrica, o objetivo consiste no progressivo deslocamento do centro de cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade. Os CAPS têm importância estratégica nesse movimento, devendo buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território.

Os CAPS por se tratarem de dispositivos importantes na Política de Saúde Mental, serão tratados com mais detalhe em disciplina específica.

Convido agora vocês analisarem a figura a seguir que demonstra como ocorre a assistência à saúde mental no SUS e como está afinada aos princípios da reforma psiquiátrica:

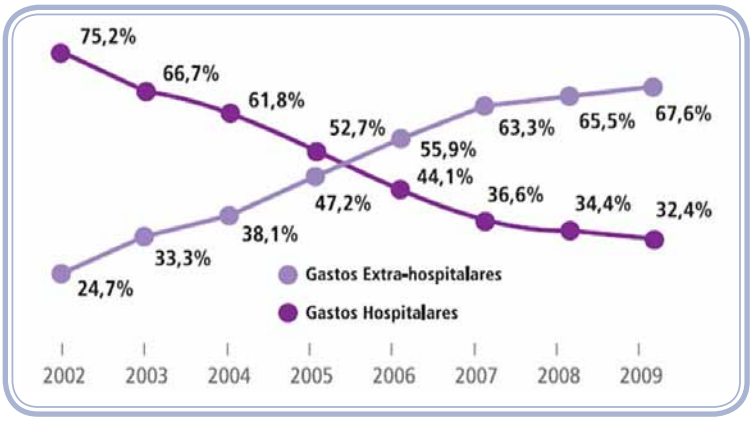


Figura 7.2: Gráfico dos gastos extra-hospitalares e hospitalares
Fonte: http://portal.saude.gov.br

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo programa de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência.

Serviço residencial terapêutico

Conforme a Portaria 106, de 11/02/2000, Serviço Residencial Terapêutico

(SRT) constituem-se numa modalidade de assistência substitutiva de internação psiquiátrica prolongada, sendo dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização. São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

O número de usuários pode variar desde um indivíduo até no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível as demandas e as necessidades de cada um.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial, a inserção dos usuários na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade, ou seja, a inserção em um SRT é o início do longo processo de reabilitação que deverá buscar a inclusão progressiva social do morador.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender um pouco melhor os dispositivos de tratamento em Saúde Mental e suas características principais.

Atividades de aprendizagem

1. Com base nos argumentos tratados no capítulo procure responder por que a internação deve ser a mais breve possível?

2. De maneira comparativa estabeleça uma diferença entre desospitalização e desinstitucionalização, conceituando e exemplificando cada uma das situações.

Anotações

Aula 8 - A epidemiologia da saúde mental

Trataremos nessa aula sobre a importância de conhecermos a origem e o conceito dos termos técnicos na área da saúde mental. A epidemiologia na área de saúde desenvolve estudos sobre a distribuição das doenças na população, assumindo grande importância quando se refere à assistência em saúde mental, na realização de programas voltados para a redução dos transtornos mentais.

A palavra epidemiologia tem origem do grego, epedeméion (aquele que visita), epí (sobre), demós (povo) e logos (palavra, discurso, estudo). Do ponto de vista etimológico, epidemiologia significa "ciência do que ocorre com o povo". Em Saúde, por exemplo, seriam quantas pessoas estão infectadas com o vírus da hepatite-B, ou quantas são tabagistas.

Para Lilienfeld (1980), epidemiologia é a ciência que estuda os padrões da ocorrência de doenças em populações humanas e os fatores determinantes destes padrões. Um termo muito utilizado na epidemiologia é prevalência, que é a proporção de casos de certa doença ou fenômeno, em uma população determinada, em um tempo determinado. Um exemplo seria quantos tabagistas havia entre os moradores da cidade de Curitiba no ano de 2008.

Subdividindo esses estudos teríamos:

Os **objetivos** dos estudos epidemiológicos na área do uso de substâncias psicoativas são diagnosticar o uso de drogas em uma determinada população e possibilitar a implantação de programas preventivos adequados à população pesquisada.

A **metodologia** de estudo pode ser feita através de levantamentos epidemiológicos, que fornecem dados diretos do consumo de drogas junto a domiciliares, estudantes, crianças e adolescentes em situação de rua, profissionais do sexo, entre outros.

Já os **indicadores epidemiológicos** podem fornecer dados indiretos do consumo de drogas numa determinada população, a partir de internações

hospitalares, atendimentos ambulatoriais, laudos do IML (Instituto Médico Legal) de mortes violentas, apreensões de drogas pelas polícias federal, estaduais e municipais.

Figura 8.1: O trabalho
Fonte: http://www.biomedicinapadrao.com

Observem e analisem um gráfico que mostra o índice de mortes dor câncer no mundo:

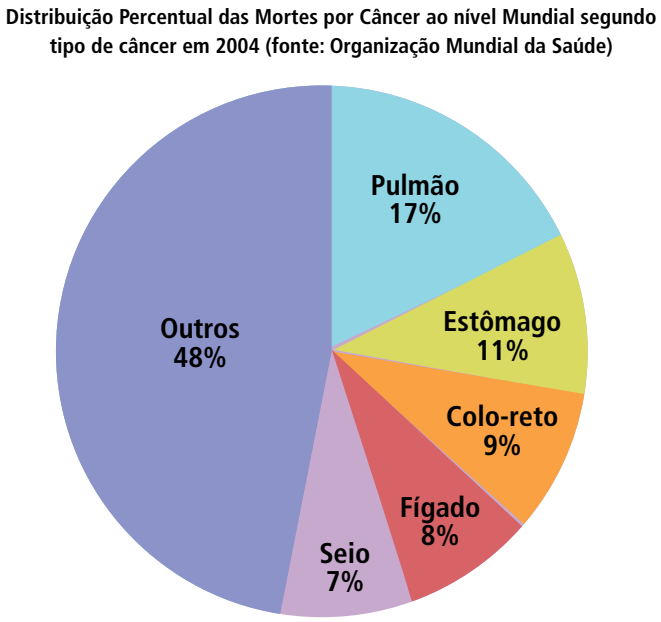


Figura 8.2: Gráfico
Fonte: http://monitordesaude.blogspot.com.br

Em relatório publicado pela OMS (2001), a população no mundo com sofrimento mental era cerca de 450 milhões e, só uma minoria recebia tratamento básico, situação esta que felizmente vem sendo modificada aos poucos, com políticas e programas nessa área. Aponta este relatório que 70

milhões de pessoas sofrem dependência ao álcool, 24 milhões têm esquizofrenia, um milhão cometem suicídio anualmente e entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se, reunindo os transtornos mentais e de comportamento 12 % da carga mundial de doenças.

A Universidade de Harvard indicam que das dez doenças mais incapacitantes em todo mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e TOC (Murray e Lopez, 1996).

Conhecer por exemplo, as doenças que devem ser prioridade nos próximos 10 anos revelam a importância do cuidado nesta área, e na necessidade de nos prepararmos para fazer frente a estes desafios. Por exemplo, considerando que o consumo de álcool e outras substâncias estão entre as principais causas de transtornos, e não têm sido tratados com prioridade, poderia se reduzir o impacto no indivíduo, na família e na sociedade.

A depressão é a terceira doença com mais peso no conceito de "carga de doença" desenvolvido pela OMS, que considera impacto financeiro, mortalidade e perda de qualidade de vida.

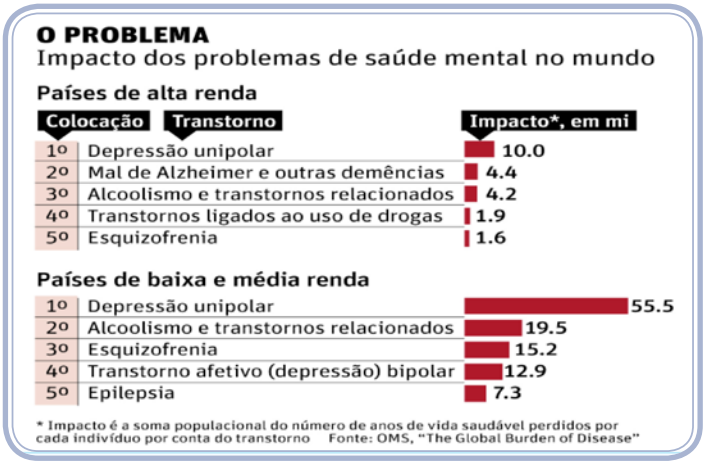


Figura 8.3: Impacto dos problemas de saúde mental no mundo
Fonte: OMS

Vemos na figura acima um gráfico que mostra a participação do álcool como responsável pelos internamentos. O consumo de álcool e de outras drogas psicoativas tem representado problema biopsicossocial emergente no Brasil e no mundo, e a constatação desse grave problema de saúde pública no país encontra ressonância na sociedade. Esta figura reforça que a população consome abusivamente algum tipo de droga psicoativa.

Com dados coletados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), vemos que é o álcool a substância psicoativa mais consumida no mundo, e também, como a droga de escolha entre crianças e adolescentes, o que ocorre também no Brasil, em qualquer faixa etária.

Resumo

Nessa aula vimos que a epidemiologia mostra com que frequência determinada doença aparece e os fatores de risco associados, podendo assim recomendar ações que levem à prevenção e o controle das doenças.

Atividades de aprendizagem

- Pesquise e responda as questões abaixo:

a) Qual o transtorno mental mais comum na Grande São Paulo?

_____

_____

_____

_____

_____

b) O que poderia explicar a forte presença dos transtornos mentais na população?

_____

_____

_____

_____

_____

Aula 9 - O ser humano e a saúde mental

O objetivo dessa aula é o de entender que o conhecimento da Teoria das Necessidades Humanas Básicas ajuda na compreensão do comportamento do ser humano, no processo saúde-doença.

Figura 9.1: Saúde Mental
Fonte: http://s.socialesaude.zip.net

9.1 Necessidades humanas básicas

O ser humano tem necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais, sendo esta teoria baseada nas experiências clínicas de Maslow (1970), concluindo que as forças de motivação influenciavam no modo de agir das pessoas, dividindo as necessidades básicas em fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de realização.

Figura 9.2: Hierarquia das necessidades de Maslow
Fonte: http://www.merkatus.com.br/10_boletim/maSLOW.gif

As necessidades físicas (corpo) referem-se às funções corporais, como o alimento, água, oxigênio, eliminações, vestuário, sexo, atividade e repouso. As necessidades psíquicas têm a ver com a necessidade de amar e ser amado, segurança, aprovação, reconhecimento, respeito, produtividade, expressão e comunicação. As necessidades sociais estão relacionadas ao fato de pertencer a um grupo, relacionando-se com amigos, participando, aprendendo e divertindo. Já, as necessidades espirituais têm a ver com a fé, a crença e a religião.

Necessidades humanas básicas são todas aquelas fundamentais para manter o ser humano em equilíbrio e adaptado ao seu meio ambiente.

9.2. Períodos críticos

Toda pessoa passa por períodos de transição que são períodos críticos, Erik Erikson definiu oito estágios de vida, onde os cinco primeiros coincidem com os estágios de Freud.

Resumindo estes estágios, a primeira grande crise é o nascimento, onde

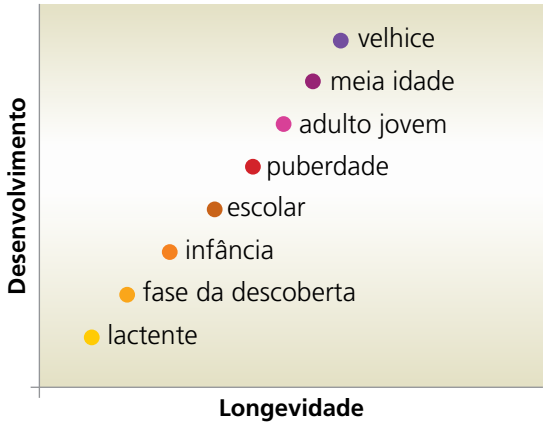


Figura 9.3: Estágios da vida
Fonte: Elaborada pelo autor

O primeiro estágio vai do nascimento até os onze meses (lactente); o segundo estágio, de um a três anos (fase da descoberta); o terceiro estágio, de quatro a seis anos (infância); o quarto estágio, de sete a onze anos (escolar); o quinto estágio, de doze a quinze anos (puberdade); sexto estágio, de dezesseis a vinte dois anos (adulto jovem); o sétimo estágio, de vinte três a cinquenta e nove anos (meia idade) e o oitavo estágio, de sessenta a oitenta e cinco anos (velhice).

passa de um ambiente onde tudo é oferecido no útero materno, para outro no qual para sobreviver necessita utilização de seus próprios meios, como respirar e sugar o alimento. O contato com o ambiente escolar também é um momento crítico, pois ocorre a mudança do ambiente protegido de casa para enfrentar um novo ambiente, agora com novas exigências e amizades.

Segue-se a adolescência, sendo talvez o estágio de maior conflito, pois é acompanhado de mudanças físicas (hormonais) e necessidade de autonomia, mesmo sabendo que ainda depende dos pais. As características principais nesta fase são os questionamentos, postura desafiadora, ocupando um papel indefinido (não sabe quem é, nem o que deseja ser).

A saída de casa, o início de um curso ou faculdade, a vida profissional, o casamento e o nascimento dos filhos são momentos desejados e até previsíveis, entretanto, são situações novas e desconhecidas , consequentemente geradora de tensão.

A menopausa também é um período crítico, com a redução da produção dos hormônios femininos, novas modificações físicas e psicológicas ocorrem no corpo. A aposentadoria coincidindo ou não com a velhice, também implica em um reajuste a seu modo de viver, às vezes com limitações físicas e mentais, que mesmo estando num momento de maturidade, ainda exigirá capacidade de ajustamento frente à novas situações.

Fundamental em cada etapa é a maneira como o indivíduo a enfrenta, a aproximidade com os familiares e amigos proporcionará confiança e segurança para chegar às etapas seguintes.

9.3 Mecanismos mentais (defesa)

Mecanismos de defesa fazem parte da personalidade de todos os seres humanos, entretanto, são mais pronunciados no portador de dependência ao álcool e outras drogas.

No dependente químico, por exemplo, se pode encontrar mais justificativas para o uso numa semana, do que um indivíduo não dependente químico encontraria para fazer todas as outras coisas, durante a vida inteira.

Seguem alguns exemplos de mecanismos de defesa relacionados à dependência ao álcool:

Negação: "não sou alcoólatra, bebo somente em datas especiais. Nunca fiquei bêbado. Não tenho problemas em decorrência da bebida. Bebo muito pouco".

Justificativa: "bebo porque gosto, paro quando quiser. Bebo para relaxar. Bebo para comemorar, esquecer meus problemas e também para me divertir".

Projeção (todos os sentimentos e a própria vida são vistos apenas no outro): "o meu irmão e amigos que bebem muito. Meu chefe que é alcoólatra, coitado".

Auto-piedade (faz com que as pessoas sintam pena): "ninguém me entende, nada dá certo para mim, todos estão contra mim".

Minimização (tenta minimizar os prejuízos): "só bebo cerveja e vinho, e só no fim de semana, aliás, todo mundo bebe".

Intelectualização (encontra justificativas científicas): "beber faz bem ao coração, profissionais da saúde também bebem, e alguns recomendam que se possa beber pelo menos uma taça diária".

Fuga geográfica (muda-se de cidade e de emprego): "vou voltar para o interior, porque lá não existe drga".

Racionalização: "se eu beber só vinho, estará tudo bem; se eu parar por um tempo, vai ficar tudo bem".

Leia mais sobre o tema nos *links* a seguir:

http://artigosdepsicologia.wordpress.com/2007/10/04/mecanismos-de-defesa/

http://www.brasilescola.com/psicologia/mecanismo-de-defesa.htm

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender o ser humano, a saúde mental, a importância que as necessidades humanas básicas, períodos críticos e os mecanismos mentais (defesa) exercem sobre ele.

Atividades de aprendizagem

- Com base na leitura dos conteúdos da aula você poderia responder se pode ocorrer que numa mesma família, os seus membros passarem por períodos críticos ao mesmo tempo? Procure explicar como isso acontece.

- Pesquise , leia sobre a importância dos mecanismos de defesa para a saúde mental de um indivíduo e depois produza um pequeno texto explicativo.

Aula 10 - Ambiente de trabalho na área de saúde

Nessa aula veremos que um ambiente terapêutico tem a função de ajudar o paciente a desenvolver senso de autoestima e valor pessoal; melhorar sua capacidade de relacionar-se com os outros, ajudá-lo a aprender a confiar nas pessoas, possibilitar que ele volte à comunidade mais preparado para o trabalho e para a vida, e que conquiste padrões mais maduros de conduta.

Figura 10.1: Ambiente terapêutico
Fonte: http://www.redwoodnky.org

10.1 Ambiente terapêutico

É o marco ideal e dinâmico em que se trabalha com os pacientes. É um espaço de segurança, no qual se proporcionam cuidados e onde não existe uma atmosfera punitiva. A criação e manejo de um ambiente terapêutico são responsabilidades da equipe de atendimento.

É um fator importante para melhorar ou impedir os efeitos terapêuticos de outras modalidades de tratamento, registros históricos de psiquiatria já descreviam formas de criar nos hospitais uma atmosfera agradável para os doentes mentais, proporcionando atividades sociais e recreativas.

10.2 Comunicação terapêutica

Comunicação é entendida como o processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas em curto, médio ou longo prazo.

A comunicação terapêutica consiste na habilidade profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa, com tensão temporária, a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado, superando os bloqueios à autorealização para enfrentar seus problema. Stefanelli (1993) destaca que a comunicação é o componente central da saúde mental, já que as pertubações mentais só podem ser percebidas pela comunicação do paciente com os demais, daí todo tratamento deve ter como objetivo central o restabelecimento da comunicação.

É importante lembrar que quando se usa as técnicas de comunicação terapêutica, ao mesmo tempo que ajuda o paciente a expressar, clarificar e compreender sua experiência, está servindo de modelo para ele, o paciente aprende usar padrões mais aceitos de comunicação interpessoal e corrigir sua comunicação.

Lembrete!

Comunicação é a mesma coisa que informação?

Informação é o conteúdo da comunicação e comunicação é o processo de troca de informação.

10.3 As fases da relação terapeuta-paciente (interação terapêutica)

Peplau (1932) tem um papel importante na criação e desenvolvimento do relacionamento terapêutico, dedicando-se à enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, beneficiando todos os profissionais com o seu trabalho.

Para que se possa estabelecer um relacionamento adequado, é necessário que o profissional responsável pelo atendimento possua algumas condições básicas, como autoconhecimento, autoestima e gostar de seu trabalho, capacidade de aceitação, saber estabelecer empatia, propiciar confiança e respeito mútuo.

Classicamente, consideram-se como fases do relacionamento terapêutico, as fases de pré-interação, inicial, de trabalho propriamente dito e de término.

A fase de pre-interação é o período em que se coleta dados sobre o cliente (história, comportamento), tendo assim a sua primeira impressão. Estes dados devem ser somados aos da família e compartilhados com os outros membros da equipe.

Já a fase inicial, após a fase de pre-interação, já ocorre o conhecimento mútuo entre o profissional e cliente, ajudando a entender o objetivo dos contatos, a equipe que o atenderá, a grade horária de trabalho, normas e combinados da instituição, entre outros.

A fase de continuação permite o acompanhamento da sua evolução e os resultados esperados, pois nas fases iniciais já foram estabelecidos as necessidades do mesmo e o diagnóstico. Nesta fase é interessante se valer da avaliação de progresso, sugerida no apêndice 6, no final deste livro.

Na sequência chegamos à fase de término, onde chegamos a conclusão do plano terapêutico estabelecido, e a alta do cliente, caso esteja num serviço de saúde mental. É um momento importante, pois fazemos uma análise da evolução no período de tratamento, seu progresso, superação de dificuldades, melhora da autopercepção e habilidades sociais que o ajudarão no retorno à vida cotidiana.

Dentre alguns aspectos importantes no relacionamento paciente-equipe, recomenda-se:

Figura 10.2: Paciente-equipe
Fonte: www.shutterstock.com

- Seja amigo e conselheiro de seu paciente: um amigo com senso de responsabilidade;
- Coloque-se no lugar do paciente (empatia);
- Lembre-se que sugestões conseguem muito mais do que uma ordem, procure conseguir que os pacientes façam com boa vontade o que devem fazer;
- Apesar da aparência normal de alguns, são portadores de transtornos mentais;
- Aprenda a ouvir bem e com frequência;
- Dê instruções ao paciente com clareza;
- Seja sincero e verdadeiro para que o paciente tenha confiança em você, nunca faça ameaças ou promessas, o tratamento não deve ser à base de suborno;
- Verifique quais pacientes que podem cuidar de si e os que não podem, estimulem a autonomia;
- Conheça bem o paciente como seu semelhante, não faça observações a seu respeito quando ele possa ouvir;
- Comporte-se de maneira a ser respeitado;
- Dê atenção a todos os pacientes, inclusive aos que não requerem atenção,
- Elogie seus pacientes, trabalhe junto com eles;
- Não deixe transparecer reação emocional na frente do paciente;
- Não leve para o paciente seus negócios e obrigações;
- O paciente não deve ser censurado por seus atos mórbidos;
- Nunca toque em um paciente ao agitar-se, quando o fizer, faça com naturalidade e confiança.

10.4 A equipe de atendimento

A equipe terapêutica é composta por profissionais encarregados do tratamento de um grupo de pacientes, que pode variar, mas dependendo do serviço, inclui a equipe de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e psiquiatra.

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

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

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

As funções de quem atua numa equipe de Saúde Mental é promover o conforto do paciente, atender suas necessidades básicas, prevenir agravos são questões sempre presentes em sua atuação, seja lá em que setor esteja. No entanto, ele deve ter consciência de que, muitas vezes, pode estar percebendo detalhes relativos ao paciente que os outros membros da equipe, mesmo tendo uma formação mais aprofundada, podem não ter percebido.

Sensibilidade não se aprende na escola, faz parte das vivências de cada um, assim são indispensáveis suas observações, como a de qualquer outro profissional.

Dentre outras funções estão o atendimento das necessidades básicas dos pacientes (higiene, vestuário, alimentação) e do tratamento geral (procedimentos gerais), psicoterapêuticos (relação terapêutica), socioterapêuticas e de reabilitação (ludoterapia, ergoterapia e laborterapia).

O profissional na área de saúde mental precisa estar preparado, pois o desconhecimento do transtorno mental associado à diversidade de fatores e sintomas pode gerar uma grande insegurança no profissional, provocando reações e posturas lamentáveis para com os pacientes e colegas. O despreparo dificulta o funcionamento de todos os setores, mas o preconceito atrapalha o preparo dos profissionais para o setor em questão. Afirmar que sente prazer em atuar na Saúde Mental pode muitas vezes custar ao profissional o rótulo de "maluco" e diminuir seu status e valor de representatividade diante do grupo.

O preconceito é o fruto da árvore da ignorância, é imprescindível a busca de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde quanto aos fatores geradores do processo saúde-doença na área de Saúde Mental para que ele possa elaborar estratégias no lidar com este tipo de clientela contraditoriamente tão comum, mas tão especial. Uma das tarefas do profissional é o atendimento do paciente em sofrimento, momento de crise onde a ajuda deve ser imediata e cuidadosa (eficaz).

10.5 Intervenção em crises

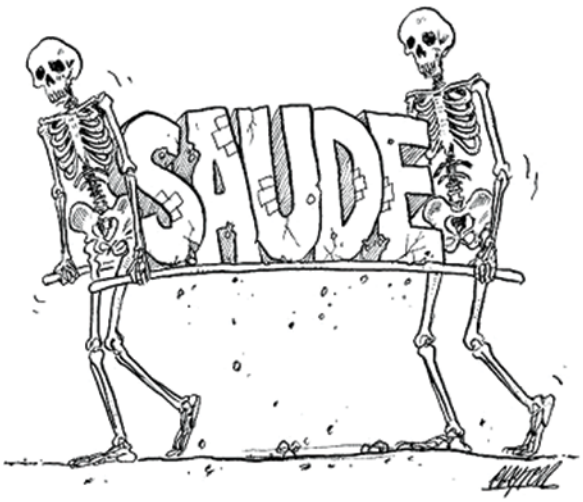


Figura 10.3: Crise
Fonte: http://viseucentral.files.wordpress.com

Crise é uma perturbação resultante de uma ameaça percebida, que desafia os mecanismos de enfrentamento habituais do indivíduo. As situações de crise são transições vitais (eventos vitais) ou circunstâncias estressantes (estressores internos ou externos). As crises são momentos de maior vulnerabilidade, mas também podem estimular o crescimento.

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

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

No vocabulário chinês, crise aparece como a fusão de duas palavras: perigo e oportunidade. Vale pensar sobre isto, pois se as crises nos trazem sofrimentos por vezes profundos, também nos trazem as melhores oportunidades de mudança e crescimento pessoal.

10.6. Eventos desencadeantes

São perdas, ameaças de perdas ou desafios. Depois de um evento desencadeante, a ansiedade surge e emergem quatro fases da crise:

- **1ª fase:** a ansiedade ativa os métodos costumeiros de enfrentamento do indivíduo, entretanto se esses não trouxerem alívio e existir apoio inadequado, o indivíduo segue para a segunda fase;

- **2ª fase:** que envolve mais ansiedade porque os mecanismos de enfrentamento fracassaram;

- **3ª fase:** novos mecanismos de enfrentamento são tentados ou a ameaça é redefinida, de modo que os antigos métodos de enfrentamento possam funcionar. A resolução do problema pode ocorrer nessa fase, contudo, se a resolução não ocorre, a pessoa ingressa na quarta fase;

- **4ª fase:** a continuação de níveis sérios de ansiedade ou de pânico pode levar à desorganização psicológica.

Os tipos de crise podem ser maturativas, situacionais e fortuitas. As crises maturativas são eventos evolutivos que exigem mudança de papéis. A psicologia evolutiva descreve uma série de etapas que devem ser superadas no caminho da maturidade. Durante esse processo, os períodos de transição entre os estágios podem pertubar o equilíbrio psicológico. As crises do de-

senvolvimento-maturação incluem o nascimento de uma criança, começar a frequentar escola, puberdade, velhice.

As crises do desenvolvimento-transicionais incluem o nascimento de irmãos, casamento, morte de um ente querido e divórcio.

As crises situacionais ocorrem quando um evento da vida perturba o equilíbrio psicológico de um indivíduo ou de um grupo. Estas crises incluem perda do emprego, fracasso na escola, acidentes e doenças.

As crises fortuitas são eventos acidentais, incomuns e imprevistos, podendo ter como resultado múltiplas perdas, com grandes mudanças ambientais. Diferentemente das crises maturativas e situacionais, as crises fortuitas não ocorrem na vida de todo mundo. Durante as crises fortuitas, os profissionais da saúde mental precisam trabalhar com um grande número de pessoas em estado de crise. As crises adventícias (desastres) incluem desastres naturais (enchentes, terremotos), desastres nacionais (guerras, revoltas) e crimes violentos (assassinato, estupro).

As características das situações de crise envolvem sintomas fisiológicos de ansiedade, como diarreia, tonturas, dispneia e palpitações; distúrbios do sono; inquietação, falta de concentração; irritabilidade, explosões de raiva; agitação, choro; incapacidade de tomar decisões; pensamentos paranóides, sentimentos de isolamento; ideação suicida ou homicida.

As situações de crise têm em comum que ocorre em todos os indivíduos numa ou noutra ocasião; não é necessariamente patológica; a percepção do problema pelo indivíduo determina a crise; a crise é uma situação aguda que vai ser resolvida de um modo ou de outro dentro de um breve período; a situação de crise contém possibilidades de crescimento ou de deterioração.

A intervenção em crise é uma terapia breve e ativa com o objetivo de restaurar o nível de funcionamento anterior à crise. Pode ser utilizada em qualquer contexto, incluindo: hospitais, clínicas, centros comunitários de saúde e a casa do paciente. Ela deve ser uma habilidade de todo profissional. Outras modalidades de intervenção em crise são Programas de crises móveis, trabalhos em grupo, contatos por telefone, resposta ao desastre, programas de busca e auxílio às vítimas, educação sanitária.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender a importância da comunicação e do atendimento quando feito por uma equipe multiprofissional, reconhecer uma crise e os eventos desencadeantes.

Atividades de aprendizagem

1. Com base na leitura e estudos dessa aula descreva de que forma a comunicação não-verbal, pode ser utilizada no atendimento ao indivíduo com transtorno mental?

Aula 11 - Sistema Nervoso nos transtornos mentais

Nessa aula faremos uma revisão sobre o Sistema Nervoso, pois ajudará no entendimento das principais manifestações clínicas (psicobiológicas) dos transtornos mentais.

O sistema nervoso compreende o conjunto de órgãos que transmitem a todo o organismo os impulsos necessários às diversas funções do corpo e recebem do próprio organismo e do mundo externo as sensações.

O sistema nervoso anatomicamente se divide em sistema nervoso central (SNC) e sistema nervoso periférico (SNP). O SNC é constituído pelo encéfalo e pela medula espinhal como pode ser observado na figura abaixo, sendo o encéfalo formado pelo conjunto dos órgãos que se localizam no interior da caixa raniana, ou seja: cérebro, cerebelo e tronco cerebral.

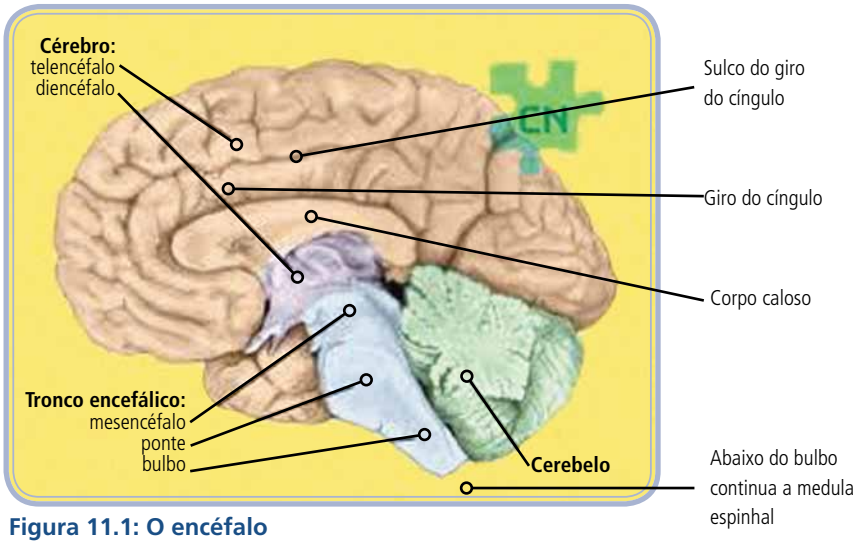


Figura 11.1: O encéfalo
Fonte: http://t3.gstatic.com

O cérebro é o mais volumoso órgão do encéfalo, ocupando quase que totalmente o crânio. O cérebro é formado pelos hemisférios cerebrais (telencéfalo) que encobre o diencéfalo.

A área pré-frontal é responsável pela conduta ou estratégia comportamental adequada, a sequência ordenada do pensamento, com a atenção dirigida à um objetivo e com o controle das emoções. A área de Broca (área motora da fala) relaciona-se com o planejamento dos atos motores voluntários ou praxia. A área de Wernicke tem importância na compreensão da linguagem,

sendo que lesão nesta área causa afasia sensorial (dificuldade de compreender a fala ou a escrita).

Estudos mostram que as áreas cerebrais mais afetadas pela esquizofrenia são os lobos frontais e temporais, sendo que estes lobos estão diminuídos em alguns pacientes. Para Louzã Neto (2006) essas alterações explicariam os sintomas mais comuns da doença, os delírios, as alucinações, a desorganização do raciocínio lógico, as incoerências do afeto, a apatia e a desmotivação. Estudos em encéfalos post mortem de indivíduos com esquizofrenia, mostram alterações morfológicas, como dilatação do terceiro ventrículo e ventrículos laterais, diminuição do volume e área, particularmente nos lobos temporais mediais com redução no número e tamanho de células no hipocampo, giro parahipocampal, córtex entorrinal e do lobo frontal nas regiões pré-frontal e orbitofrontal.

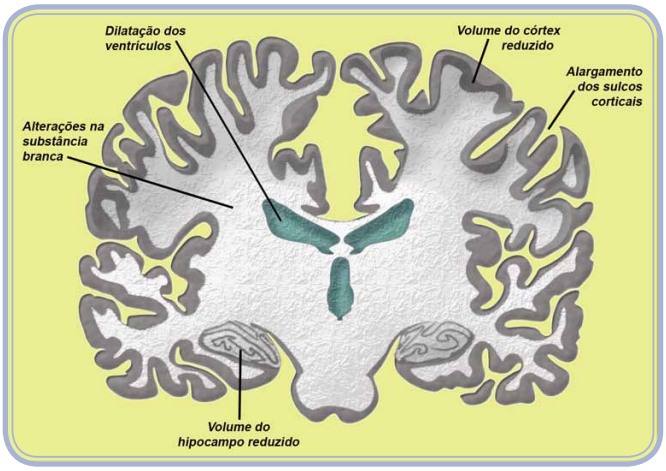


Figura 11.2: Secção frontal no transtorno esquizofrênico
Fonte: http://www.inec-usp.org

Na face medial e inferior, são encontradas várias regiões corticais relacionadas ao sistema límbico, e o circuito de recompensa.

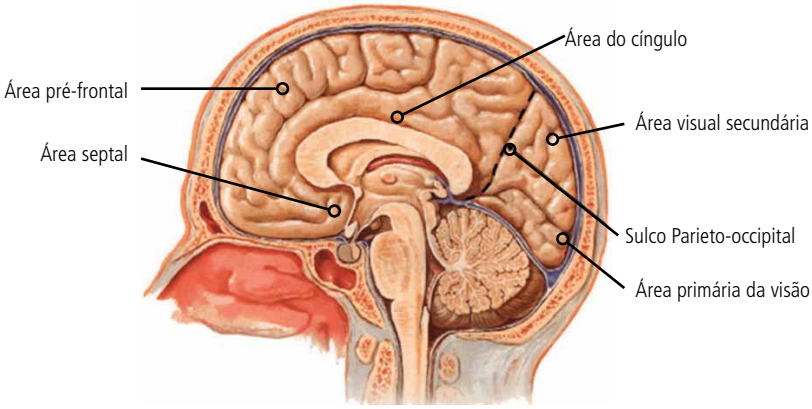


Figura 11.3: Áreas Corticais da face medial-inferior
Fonte: http://www.auladeanatomia.com

A **área septal** é uma área límbica, sendo uma das áreas de prazer do cérebro. A área do cíngulo é outra área límbica, situada no giro do cíngulo.

Outra região importante é o **Circuito de Recompensa**, que podemos observar na imagem abaixo, local ativador das sensações de prazer e, ao mesmo tempo, o alvo de ação das drogas. O neurotransmissor dopamina constitui o elo comum entre todas as dependências químicas, tornando-se hiperativa por ação das drogas.

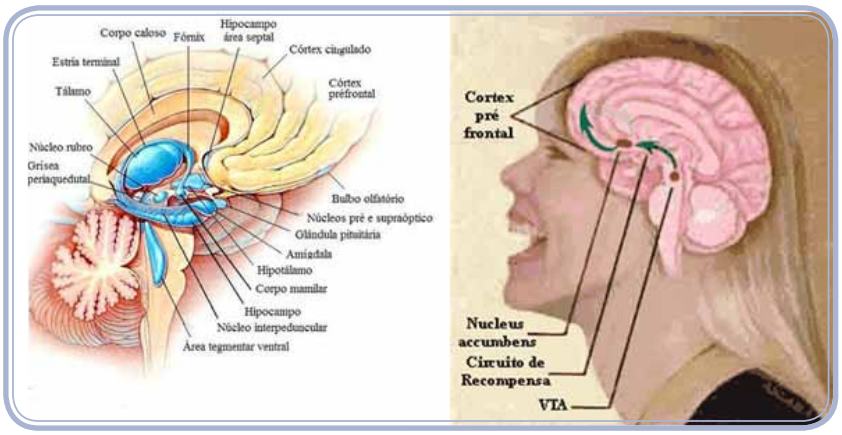


Figura 11.4: Circuito de recompensa
Fonte: http://www.sistemanervoso.com

A dopamina é o principal neurotransmissor do Sistema Límbico onde se localiza o Sistema de Recompensa. Esta função cerebral localiza-se no córtex pré-frontal (existência de receptores de dopamina), responsabilizado esse neurotransmissor à regulação de atividades frontais como a motivação e funções executivas e outras.

Diversos estudos afirmam que os níveis de dopamina, muito elevados pela ação das drogas, prejudicam, ou mesmo destroem algumas áreas cerebrais como o giro anterior do cíngulo (governa a atenção e regula a impulsividade), o córtex pré-frontal orbital (mediador da tarefa de avaliar o estímulo ambiental) e o córtex pré-frontal lateral dorsal (governa as funções executivas e decisórias).

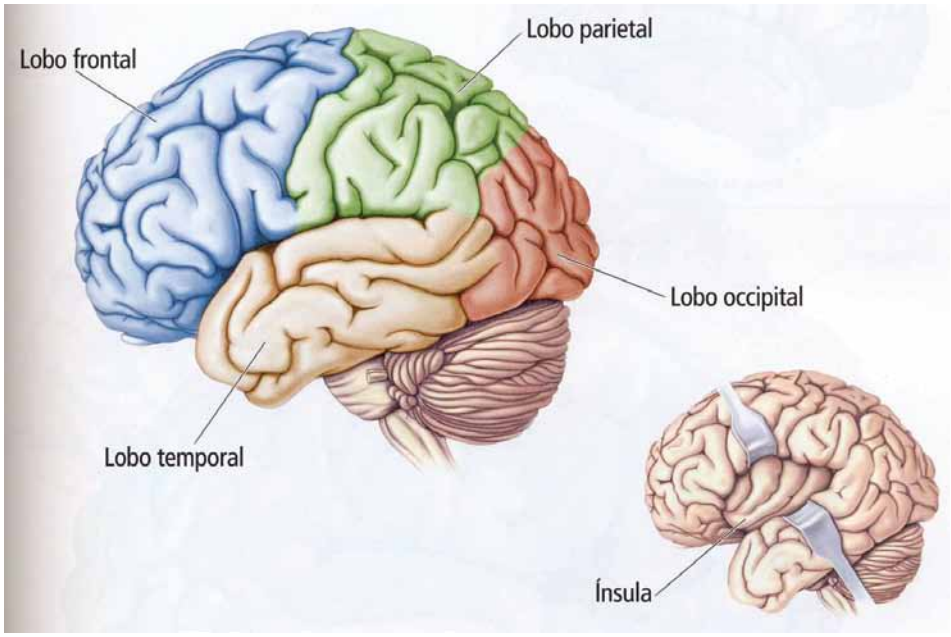


Figura 11.5: Córtex pré-frontal
Fonte: http://neurociencia-educacao.pbworks.com

O comprometimento dessas regiões cerebrais corresponde aos sintomas clínicos progressivos das dependências químicas, cada uma delas compensando outra, de tal forma que nos estágios iniciais da dependência, quando os danos causados pelo aumento da dopamina ainda são pequenos, o indivíduo ainda possui algum controle sobre as suas ações. Com a continuidade do uso, todos esses sistemas acabam progressivamente por se destruir, de tal forma que em estágios mais avançados, o indivíduo não apresenta mais o poder de escolha, perdendo o seu livre arbítrio.

Resumo

Analisando a fundo e ampliando os conhecimento sobre o funcionamento de nosso Sistema Nervoso podemos entender que uma pessoa não usa a droga porque ela lhe dá maior prazer, mas usa a droga porque a droga é suficientemente poderosa para ativar o seu sistema de recompensa que não está respondendo adequadamente aos estímulos naturais. Nessa aula também você passou a entender as estruturas do Sistema Nervoso Central e principais funções, que ajudarão a compreensão dos principais transtornos mentais.

Atividades de aprendizagem

1. Que funções cerebrais estão localizadas no lobo frontal, temporal, parietal e occipital?

Anotações

Aula 12 - Principais manifestações clínicas (psicobiológicas) dos transtornos mentais

Nessa aula veremos quais as manifestações clínicas fundamentais para que assim possamos entender melhor os transtornos mentais causados por elas.

Figura 12.1: Rótulos
Fonte: http://biafisio.blogspot.com.br

12.1 Funções psíquicas

a) Nível de consciência e atividade intelectual (inteligência)

Neste aspecto observamos o nível de vigilância, ou seja, o grau de lucidez. A consciência é a capacidade neurológica de responder ao ambiente e de orientar de forma adequada, sendo a orientação a capacidade de situar-se em relação a si e ao mundo, no espaço e no tempo, portanto avalia-se a orientação temporo-espacial, verificando se o indivíduo tem consciência do tempo (data, hora e dia) e de onde ele está.

A orientação autopsíquica é a identificação de si mesmo e à coordenação do esquema corporal e a orientação alopsíquica, se refere à identificação dos outros.

b) Linguagem

A-Z

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

Observa-se a atividade discursiva, o modo de comunicação quanto à forma (**mutismo**, verborréico, afasia), o grau de comunicação (volume, tom e modulação da voz) e o conteúdo (pobreza de discurso).

Você sabia que a Área de Broca é responsável pela programação da atividade motora relacionada com a expressão da linguagem? E a lesão nesta área pode provocar afasia?

Figura 12.2: Área de Broca
Fonte: http://tathianatrocoli.files.wordpress.com

c) Pensamento

É o resultado da capacidade de organizar as ideias, e pode ser avaliado quanto ao curso, forma e conteúdo. Enquanto um pensamento normal tem organização, continuidade e constância, indivíduos com alteração do pensamento tem o curso do pensamento acelerado, levando à fuga de ideias, demora na resposta à uma pergunta (lentificado) e interrompido, não conseguindo concluir um raciocínio.

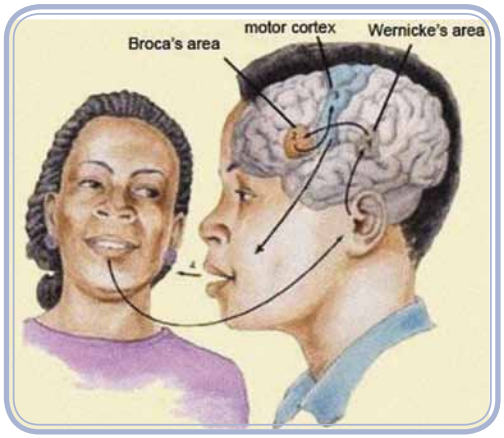


Figura 12.3: Áreas corticais relacionadas à linguagem e sua compreensão
Fonte: http://www.estimulacaoneurologica.com.br

Na alteração do pensamento pode ocorrer fusões de pensamento (mistura de pensamentos com criação de neologismo-palavra sem significado aparente).

d) Memória

Neste aspecto é observado a capacidade de registrar, fixar e reproduzir vestígios de experiências anteriores, para isso são avaliados os componentes

imediatos (memória de fixação) e os componentes tardios (memória de evocação).

Na memória de evocação é buscado material passado no córtex cerebral à nível da consciência, lembrando que o hipocampo é uma estrutura fundamental na memória de curto prazo.

Você sabia que o hipocampo é constituído de um tipo de córtex muito antigo (arquicórtex) tendo importantes funções psíquicas relacionadas com o comportamento e a memória?

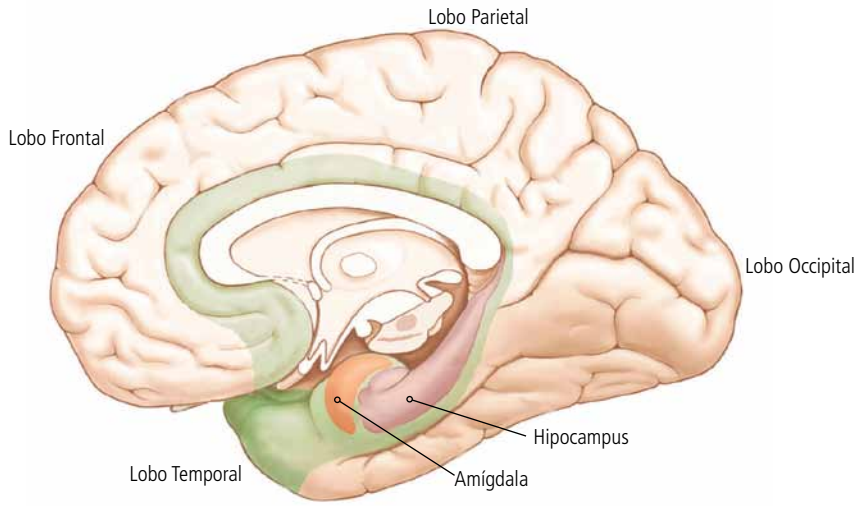


Figura 12.4: Lobos do cérebro vistos medialmente com destaque ao hipocampo
Fonte: http://ajp.psychiatryonline.org

Importante destacar que várias medicações podem levar a queixa de dificuldade de memória, entre elas os benzodiazepínicos, hipnóticos, neurolépticos, anti-depressivos, anti-colinérgicos, selegilina, anti-convulsivantes, lítio, anti-inflamatórios não-hormonais, antagonistas de receptores H2 (cimetidina), beta-bloqueadores, anti-hipertensivos (metildopa, reserpina, hidroclorotiazida) e anti-neoplásicos.

e) Afetividade

Neste aspecto é avaliada a atividade do psiquismo relacionado à vida emocional do indivíduo, como o humor, o ânimo, alegria, tristeza, envolvimento com tarefas, ambivalência afetiva, raiva e embotamento afetivo. É uma função importante, sendo contínua ao logo do tempo, pois não se pode deixar de sentir e mostrar afeto. Nesta função psíquica, mostra o modo como se relaciona com seus familiares, suas relações afetivas no trabalho e no ambiente social.

Como seriam as relações familiares se deixásse de sentir afeto?

Figura 12.5: Família
Fonte: www.shutterstock.com

f) Sensopercepção

Esta função psíquica está relacionada à capacidade de obter sensação em resposta a um estímulo físico (luz e som). São avaliados o sensório do paciente nos sentidos básicos: audição, visão, gustação, olfação e tato.

Neste aspecto dois principais tipos de problemas podem ser encontrados, as alucinações e as ilusões. As **alucinações** são definidas como alterações sem a existência de um estímulo, enquanto ilusão é uma alteração da sensopercepção a partir da existência de um estímulo.

Alucinação
Consiste na percepção de um estímulo sensório na ausência de estímulo sensório. As alucinações apresentam-se em todas as variedades sensoriais.

Alucinações auditivas
Diz-se da alucinação em que o paciente refere ouvir vozes que vêm do espaço exterior, isto é, ele sabe que não são ecos de seu pensamento. São fenômenos comuns em casos de esquizofrenia, em todas as suas formas: simples, catatônica, hebefrênica e paranóide.

Alucinose
Alucinações de natureza orgânica.

Figura 12.6: Alucinação auditivo-visual
Fonte: http://oppositional-defiantdisorder.net

g) Crítica

Esta função psíquica está relacionada à capacidade de compararmos juízos, identificando a coerência e valores em relação ao mundo. É adquirida através da educação e indução (analogia) tendo ligação com a idade correspondente. Alteração da crítica, como o seu rebaixamento, diminui a capacidade de avaliar e agir de maneira correta, podendo se dizer que tem insight prejudicado, como em pacientes portadores de transtornos mentais que não percebem alteração no seu comportamento, apresentando baixa ou perda da crítica em relação à própria doença.

h) Vontade

Esta função tem relação a quanto um indivíduo busca conseguir o que deseja ou tem como objetivo, é a disposição para escolher entre diversas possibilidades, destacando que os atos são voluntários, sendo influenciados pela cultura, valores e questões sociais.

Você sabia?

Abulia: incapacidade para realizar um ato voluntário;
Hipobulia: diminuição do impulso volitivo;
Hiperbulia: aumento do impulso volitivo.

i) Sono

Função fisiológica, que pode estar alterada nos transtornos mentais, como na dependência ao álcool e outras drogas. Alterações são observadas na insônia, que é a abolição do sono, hipossônia, a diminuição do sono e a hipersônia, que é o aumento do sono.

12.2 Mini exame do estado mental (MEEM)

Uma forma de avaliar o estado atual do paciente é o uso do MEEM, reunindo algumas funções psíquicas como consciência, atenção, orientação e memória. Estes elementos dependem da situação clínica do paciente, seu nível de instrução e cultura, servindo o MEEM para observação do comportamento e sua descrição de maneira objetiva.

A figura 12.7 mostra as questões relacionadas ao MEEM.

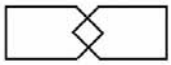
MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	pontos
1. Orientação temporal (0-5): ANO - ESTAÇÃO - MÊS - DIA - DIA DA SEMANA 2. Orientação espacial (0-5): ESTADO - RUA - CIDADE - LOCAL - ANDAR 3. Registro (0-3): nomear: PENTE - RUA - CANETA 4. Cálculo- tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-65 5. Evocação (0-3): três palavras anteriores: 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. 	
TOTAL	

Figura 12.7: Mini-exame do estado mental
Fonte: http://www.efdeportes.com

12.3 Métodos diagnósticos em psiquiatria

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

A entrevista é um método esencial para qualquer avaliação de um paciente psquiátrico. Embora, pareça uma ¨simples conversa¨ é neste momento que o observamos, coletamos dados e tentamos identificar os motivos da doença. A entrevista é um método primordial de avaliação, onde colhemos o histórico do paciente e nos atentamos aos sinais e sintomas dos transtornos mentais.

Exemplo de um roteiro de entrevista:

- **Dados de identificação** nome do paciente (iniciais), idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade e ocupação.
- **Exame físico:** observar a aparência geral, expressão facial, postura, vestuário, higiene pessoal, estado nutricional (perda ou ganho de peso).
- **Hábitos da vida diária:** higiene, alimentação, hidratação, sono, exercícios físicos, drogas.
- **Motivo do tratamento (QP):** questionar os sintomas ou fatos que foram decisivos para o paciente ou familiar buscarem ajuda.
- **História pregressa da doença:** investigar o aparecimento dos sintomas, período de vida que tais fatos iniciaram, como foi a seqüência da vida com esses sintomas.

- **Tratamentos psiquiátricos anteriores:** internamento hospitalar ou ambulatório.
- **História familiar:** descrever o contexto familiar, com quem mora, relações familiares.
- **Condições sócioeconômicas:** verificar as condições financeiras, trabalho.
- **Exame do Estado Mental (EEM)**
- **Diagnóstico CID-10:** conceito, causas, tratamento, etc.

12.4 Prognóstico dos transtornos mentais

De acordo com o transtorno mental, os sintomas podem ser mais ou menos graves, o tipo de transtorno determina o tipo de tratamento e um bom ou mau prognóstico vão depender de alguns fatores como tipo de distúrbio, tipo de tratamento utilizado, se o distúrbio foi diagnosticado precocemente ou não, auxílio do grupo familiar e social, e da possibilidade de reintegração à sociedade, entre outros.

No que se refere ao transtorno esquizofrênico, estudo de Vaillant et al (1964) estabelece como fatores de bom prognóstico, entre outros, o início agudo, confusão, história familiar de depressão, depressão, casamento , bom coeficiente de inteligência (QI) e bom ajustamento pré-mórbido ocupacional. Já nos fatores de mau prognóstico, relaciona a cronicidade da doença, início insidioso, anormalidades anatômicas dos ventrículos cerebrais e mau ajustamento social e ocupacional.

Observe a figura 12.8 que mostra uma secção frontal do cérebro, identificando o ventrículo lateral.

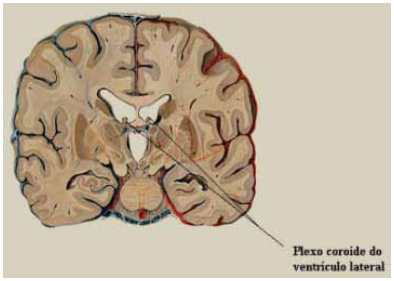


Figura 12.8: Secção frontal de cérebro
Fonte: http://esclerosemultipla.wordpress.com

Resumo

Ao final desta aula você passou a conhecer as principais manifestações clínicas (psicobiológicas), suas alterações, o MEEM e o que pode influenciar no prognóstico dos transtornos mentais.

Atividades de aprendizagem

1. Leia com atenção o texto a seguir.

"Tudo na vida precisa de equilíbrio e com o sono não seria diferente. Segundo a revista científica "Sleep", cientistas britânicos e italianos constataram que pessoas que dormiam menos de seis horas por dia, tinham 12% a mais de chance de morrer precocemente, no período de 25 anos, do que as que mantinham seu sono por seis a oito horas. A falta de sono pode gerar sonolência, alteração de humor, déficit de atenção, impotência, insônia, redução de memória, redução da libido, irritabilidade, depressão e falta de concentração. Concomitantemente, horas de sono a mais podem se justificar por alteração cardíaca, hipertensão e diabetes".

Fonte: http://jornalismodigitalestaciotarde.wordpress.com/2010/06/14/a-importancia-do-sono/

- Com base nas informações estudadas e no texto acima e nas recebidas em aula, você saberia escrever sobre a importância do sono na vida das pessoas?

Aula 13 - Principais transtornos mentais

Faz-se necessário entendermos nessa aula que antes de descrever os principais transtornos mentais, é importante citar a existência da Classificação de transtornos mentais e de comportamento, também conhecido como CID 10. Representa uma obra de revisão sobre os transtornos mentais e de comportamento, indicando importante avanço na classificação internacional das doenças

Com a referência no assunto, Severo e Dimenstein (2009) lembram que a Reforma Psiquiátrica busca desconstruir a relação de tutela e objetificação sustentada pelo saber/práticas psiquiátricas para com a loucura, e o diagnóstico psiquiátrico produziria efeitos importantes nas trajetórias vital e institucional dos portadores de transtornos mentais.

Vejam que interessante a visão de um castelo para os portadores de transtornos mentais exemplificada a seguir:

- "O neurótico tem medo de construir um castelo;
- O psicótico faz e mora nele;
- O psicopata vende ele."

Figura 13.1: O castelo na visão do neurótico, psicótico e psicopata
Fonte: www.shutterstock.com

13.1 Transtornos mentais orgânicos

Independente de se manifestar com vários sintomas, até idênticos a outros transtornos, a sua causa é comprovadamente orgânica, seja por doença degenerativa (Alzheimer), seja por lesão (TCE) ou por doença sistêmica que levem a uma disfunção do cérebro. Esse tipo de transtorno pode ocorrer em qualquer idade, podendo ser transitório ou não, dependendo da possibilidade de reversão de sua causa primária.

Observe a imagem a seguir que mostra comparação de um córtex cerebral com um córtex afetado pela Doença de Alzheimer.

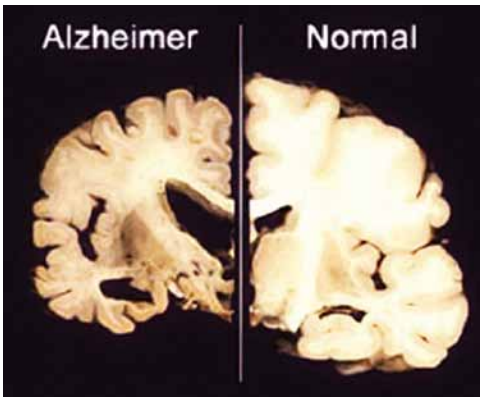
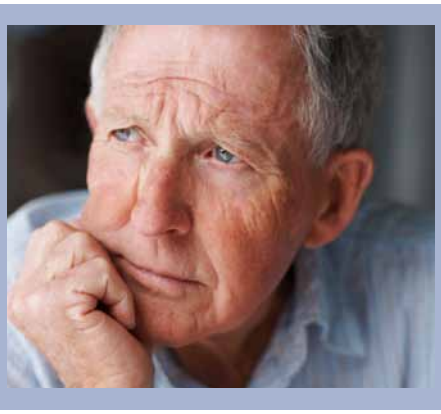


Figura 13.2: Secção frontal de um cérebro normal com um de Alzheimers.
Fonte: http://projectodeimagiologia.blogspot.com/

Entre os quadros mentais orgânicos, os demenciais são mais frequentes, daí sua maior atenção, representados pela doença de Alzheimer e as demências vasculares.

Para Caramelli e Barbosa apud DSM-IV (APA/USA – 1994), demência é uma "síndrome caracterizada por declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo".



Por que os idosos se queixam da memória?

- ocorre declínio com o envelhecimento
- percepção mais aguçada de lapsos que sempre ocorreram
- efeito de doença sistêmica ou de medicação
- depressão

Fonte: http://projectodeimagiologia.blogspot.com/

Figura 13.3: Idoso e queixa de memória
Fonte: http://www.harmonyhh.com

13.2 Transtornos neuróticos (transtornos de ansiedade, obsessivo-compulsivo e de humor)

Transtornos de ansiedade

A ansiedade é uma reação normal, necessária para a sobrevivência de cada indivíduo. Ela só deve ser considerada patológica quando é desproporcional ao estímulo que a provocou (ou este estímulo inexiste) e quando é muito duradoura.

A ansiedade é um sinal de alerta, que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente e tomar as medidas necessárias para lidar com a ameaça. É um sentimento útil, sem ele estaríamos vulneráveis aos perigos e ao desconhecido.

A ansiedade patológica é uma resposta inadequada a determinado estímulo, em virtude de sua ansiedade ou duração. Diferentemente da ansiedade normal, a patológica paralisa o indivíduo, traz prejuízo ao seu bem-estar e ao seu desempenho, e não permite que ele prepare e enfrente as situações ameaçadoras.

Os principais transtornos de ansiedade são: transtorno de pânico, fobia específica, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos de estresse.

Os distúrbios de ansiedade afetam aproximadamente 10 % da população em geral (dados americanos) e podem se apresentar de várias formas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde-OMS, a relação abaixo mostra a porcentagem de pessoas que têm ao menos um transtorno de ansiedade ao longo da vida.

EGITO, MÉXICO, EQUADOR **5%**
ETIÓPIA **6%**
TURQUIA **7%**
ALEMANHA **13%**
ARÁBIA SAUDITA **16%**
CHINA **19%**
HOLANDA, INGLATERRA **20%**
CANADÁ **21%**
ÁFRICA DO SUL, BRASIL **23%**
COLÔMBIA **24%**
EUA **25%**
PAQUISTÃO **28%**

A prevalência de transtornos ansiosos é duas a três vezes maior em mulheres (figura 13.4) que em homens e sua base etiológica associa modelos comportamentais e neurofisiológicos de origem filogenéticas antigas, apresentadas a nós na forma de medo. Este sentimento é de extrema importância para o ser humano como um imediato e eficiente alerta a certos estímulos ambientais indicativos de perigo, embora, às vezes possa ocorrer de forma desproporcional e não adaptativa, devendo nestes casos ser controlado.

TRANSTORNOS	RELAÇÃO MULHERES : HOMENS
GERAL	2:1
TOC	4:1
PÂNICO	2,2:1
PÂNICO (22 A 44 ANOS)	4:1
AGORAFOBIA	4:1
AGORAFOBIA (25 A 44 ANOS)	8:1
FOBIAS SIMPLES	2:1

Figura 13.4: Relação de prevalência dos transtornos de ansiedade entre os sexos
Fonte: Laboratório de Ansiedade HC/USP

A ansiedade propriamente dita é originada do medo e da expectativa no futuro. Porém, às vezes é tão intensa que pode comprometer o desempenho de uma pessoa.

Dentre os transtornos de ansiedade, estão o transtorno de pânico, que caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Durante estes ataques, que se iniciam abruptamente e duram cerca de 15 minutos, há uma grande ansiedade ou terror, podendo ocorrer sensação de catástrofe ou morte iminente, palpitações, sensação de falta de ar, dor no peito, náuseas, tontura, parestesias (formigamentos, calafrios, tremores, desrealização- impressão de não estar vivendo a realidade e despersonalização- como se estivesse vendo a si mesmo de fora.

O transtorno de pânico pode ser, ou não, acompanhado de agorafobia, que consiste em evitar locais onde eventualmente não haveria auxílio ou possibilidade de escapar no caso de ocorrerem sintomas tipo pânico.

Figura 13.5: Síndrome do Pânico
http://www.wingoodtherapy.com

Outro transtorno de ansiedade é a fobia específica, que é um medo importante, persistente e pouco racional ante um fator desencadeante, como é o caso de animais, ambientes. Por exemplo: altura e injeções. Já a fobia social, é um medo importante e persistente de situações sociais onde o indivíduo é, ou se sente, avaliado por outras pessoas (por exemplo: falar em público).

Você tem medo de tomar injeção?

Figura 13.6: Fobia específica - medo de injeção
Fonte: http://yaymicro.com

O transtorno de ansiedade generalizada ocorre durante um período de no mínimo seis meses, é observada ansiedade excessiva, sem que haja um fator desencadeante específico.

Alguns exemplos de fobias:

Acarofobia – medo de coceira ou de contrair sarna
Acrofobia – medo de lugares elevados
Agorafobia – medo neurótico de espaços abertos
Amaxofobia – relacionado a um medo irracional de dirigir um veículo
Cinofobia – medo de cães
Claustrofobia – medo de corredores pequenos, elevadores
Dismorfobia – o indivíduo fica extremamente preocupado por achar que alguma parte de seu corpo é disforme ("defeito corporal: alguma cicatriz, mau hálito")
Misofobia – medo de micróbios
Necrofobia – medo de cadáveres
Patofobia – medo de doenças, coisas sujas, contaminação
Sitofobia – medo de engasgar-se
Tanatofobia – medo da morte
Zoofobia – medo de animais

Assista o filme "*Melhor é impossível*" com o ator Jack Nicholson, e leia o livro "*Mentes e manias- Entendendo melhor o mundo das pessoas metódicas, obsessivas e compulsivas*" da Psiquiatra Ana Beatriz Barbosa Silva.

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) apresenta, em geral, duas características básicas, que são as obsessões e as compulsões. As obsessões são pensamentos ou sentimentos persistentes, mesmo que reconhecidamente ilógicos, que provocam ansiedade importante. As compulsões são atos repetidos inúmeras vezes com o intuito de aliviar a ansiedade (e não por prazer). Como ilustração pode-se citar uma pessoa que retorna 20 ou 30 vezes (não apenas uma) para ver se a porta realmente está trancada.

A prevalência na população geral é de 2 a 3 %, e acredita-se atualmente que, depois da depressão, o TOC constitui o segundo problema mais freqüente em psiquiatria. Estima-se que sua prevalência seja mais elevada que a da esquizofrenia, síndromes do pânico ou problemas de anorexia. Segundo a OMS, este transtorno está entre as dez principais causas de incapacitação para o trabalho, ocupando o quarto lugar.

Os transtornos de estresse ocorrem após eventos em que a vida do indivíduo esteve em risco. Este risco é revivido a partir de estímulos ambientais sugestivos, causando intensa ansiedade.

As causas estão relacionadas a um mecanismo de alarme, desencadeado por situações de perigo, é comum ao homem e espécies elevadas de animais,

constituindo condição para sobrevivência. Este alarme causa estímulo generalizado e tensão, levando a um estado de prontidão para a luta ou voo.

Foi sugerido que o principal centro de alarme agudo está situado no lócus ceruleus noradrenérgico, mas muitos outros transmissores e sistemas hormonais são ativados em conexão com a reação de alarme. Processos emocionais, autonômicos e intelectuais estão envolvidos nas decisões e ações. Em situações urgentes de estresse, as decisões podem ser tomadas emocionalmente, ficando frequentemente embotadas as funções intelectuais em casos de emoções muito intensas.

Os sintomas no transtorno de ansiedade, além da própria ansiedade, que é o principal sintoma são sintomas de humor (tensão, pânico, estresse, depressão, irritabilidade, insônia, sentimentos de desastre iminente e humor vacilante); sintomas cognitivos (preocupação excessiva antecipada de coisas ruins e terríveis que podem vir a acontecer) e sintomas somáticos (como suor frio, boca seca, respiração curta, pulso rápido, pressão sanguínea alta, latejos na cabeça, tensão muscular, desmaios, crise de ausência, enxaqueca, formigamento, taquicardia, falta de ar, dor no tórax, entre outros) e sintomas motores (impaciência e inquietação).

Como orientação, não é útil dizer que o cliente não se preocupe, que não há motivo para estar assim; é através de uma presença solidária, acolhendo suas ,manifestações de ansiedade e ouvindo o que ele tem a dizer, que pode ajudá-lo. Também não é útil insistir em perguntar porque ele está ansioso. A pessoa sente muita apreensão, com a impressão de que algo grave vai acontecer, em geral sem motivo externo, o real motivo é um conflito que ele não conhece. No acompanhamento do cliente com TOC, deve se estar voltado para a pessoa, aceita que ela realize os rituais sem chamar a atenção para isso, não o criticando nem apressando, pois ele critica seu comportamento e sofre com ele, além disso a execução dos rituais é incontrolável. Importante estimulá-los a participar de atividades, porém como elas têm dificuldade em tomar decisões, em parte os rituais servem para evitar de tomá-las, devem ser convidadas, de preferência para atividades simples, conhecidas em que não tenham de fazer escolhas.

No acompanhamento do cliente com transtornos conversivos, o profissional centrado na pessoa não vai valorizar os sintomas, nem indagar sobre eles, já que resultam de mecanismos inconscientes que o cliente não conhece, daí aceita-lo como pessoa e valorizá-lo no que tem de positivo (suas opiniões, seu trabalho, sua colaboração a outras pessoas, etc.).

Também não é útil pedir para tranquilizar, dizer que não se preocupe, que não há motivos para estar assim, que logo estará melhor pois além de ser algo que não se pode garantir, não diminuirá a ansiedade e, mais ainda, provavelmente lhe dará a sensação de não estar sendo compreendido. Ajuda ter alguém próximo, disponível, sem pressa, pronto para escutar mais do que falar, com interesse, sem reprimir a expressão da ansiedade. Muitas vezes, o fato de se escutar aquilo que o paciente tem a dizer é suficiente para aliviá-lo.

As intervenções são de apoiar e dirigidas ao objetivo de reduzir a ansiedade intensa ou o pânico a curto prazo, ajudar o paciente a compreender a causa da ansiedade e aprender novos meios de mantê-la sob controle, como aumentar o conhecimento dos pacientes sobre seus próprios estressores predisponentes e desencadeantes, relacionamentos de enfrentamento e respostas adaptativas e desadaptadas, por exemplo o aprendizado sobre o transtorno do pânico é muito importante para a recuperação do cliente, não somente a compreensão dele, mas do que vivem à sua volta é fundamental, pois as pessoas confundem crises com chantagem. Para elas, o paciente aflito simula uma crise porque não quer mais participar da situação onde se encontra, mas na realidade, suas sensações não são controláveis.

Acrescente-se a atividade física, que deve ser incentivada como forma de descarregar a ansiedade. O incentivo para a mudança de hábitos pessoais pode ser importante para o restabelecimento do equilíbrio emocional. O cigarro e o café devem ser evitados por poderem agravar o estado de ansiedade.

Deve-se realizar atividades físicas, de preferência aquelas sentidas como prazerosas. É importante buscar a ajuda de pessoas íntimas, com as quais a pessoa sinta segurança em compartilhar as dificuldades que está enfrentando, combater os momentos de solidão com leituras, música, televisão ou cinema. A ideia de que a ansiedade é uma fraqueza pessoal que deve ser superada sem ajuda alguma só faz prolongar o sofrimento.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender um pouco melhor os principais transtornos mentais: orgânicos, ansiedade e obsessivo-compulsivo. Ficou também ciente de que os termos transtorno, distúrbio e doença combinam-se aos termos mental, psíquico e psiquiátrico para descrever qualquer anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou men-

tal. As classificações diagnósticas mais utilizadas como referências no serviço de saúde e na pesquisa hoje em dia são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais - DSM IV, e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

Atividades de aprendizagem

1. Observe a imagem a seguir que mostra uma pessoa por achar que tudo está sujo e contaminado, lava as mãos incessantemente a ponto de ferilas.

- Qual a ideia obsessiva deste indivíduo?

_____

_____

_____

_____

- Qual a sua compulsão?

_____

_____

_____

_____

Aula 14 - Transtornos do humor: Depressão

Nessa aula você irá entender que a depressão é uma doença, como o diabetes, a hipertensão, a asma, etc. A depressão afeta os pensamentos, os sentimentos e as atitudes e pode até alterar o funcionamento do corpo. Ter depressão não é apenas sentir descontentamento (o que acontece com todo mundo) nem sentir muita tristeza pela perda de uma pessoa querida, pois isso é absolutamente normal. Na depressão, os sentimentos de tristeza são tão fortes e persistentes que impedem a pessoa de viver com plenitude.

Figura 14.1: Depressão
Fonte: www.shutterstock.com

14.1 Transtornos de Humor

Os transtornos do humor caracterizam-se por rebaixamento ou elevação do humor, que também pode ser irritável. Eles interferem intensa e negativamente na qualidade de vida dos indivíduos.

Quando ocorrem episódios de elevação do humor, ou mania (período com aumento da atividade, gastos excessivos, aumento do líbido, euforia ou irritabilidade) em geral associados a outros de humor depressivo temos os transtornos bipolares.

Há basicamente três tipos de depressão. A depressão maior, que se apresenta por uma combinação de alguns dos sintomas descritos. Estes sintomas interferem no desempenho das atividades rotineiras na vida das pessoas, reduzindo-lhes a capacidade de trabalho, ou mesmo impedindo-as de exercer atividades que, antes da doença, eram praticadas normalmente.

A distimia é um tipo de depressão menos grave, cujos sintomas são mais prolongados, porém mais brandos, interferindo menos na vida das pessoas, embora reduzam a capacidade de exercer suas atividades.

O distúrbio Bipolar, antes chamado de doença maníaco-depressiva, os sintomas de depressão se alternam com sintomas de euforia, também chamada fase de mania, com ou sem períodos de normalidade. .As mudanças de humor, em geral, se fazem lentamente, porém podem também ocorrer de forma repentina.

Do ponto de vista epidemiológico, o risco de um adulto apresentar transtorno de depressivo maior é de 10 a 25 % em mulheres e 5 a 12 % em homens, durante a vida (American Psychiatric Association , 1994). Cerca de 15 % dos indivíduos com transtorno de depressivo maior morrem por suicídio; cerca de 80 % dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio terão um segundo episódio na vida, sendo quatro a média ao longo da vida; a duração de um episódio é de 6 meses ou mais; uma taxa de 12 % dos pacientes têm um curso crônico sem remissão dos sintomas; a depressão é a quarta causa específica de incapacitação; nos serviços de saúde de cuidados primários e outros serviços médicos gerais 30 a 50 % dos casos não são diagnosticados. Cerca 17 % dos brasileiros vão passar por uma depressão na vida.

Em 2002 foram vendidos 16 milhões de antidepressivos para cerca de 700 mil pacientes no país; a idade média da primeira depressão caiu de 40 anos para 26 anos.

Dentre as causas estão a disposição genética; estrutura psicológica e da personalidade; agentes determinantes de stress psicossocial; neurobiologia e experiência na infância.

Os neurotransmissores são as substâncias responsáveis pelas trocas de informações do Sistema Nervoso Central (SNC), e graças aos neurotransmissores que temos emoções, sentimos prazer etc. Os neurotransmissores que influenciam na depressão são a serotonina, a dopamina e a noradrenalina.

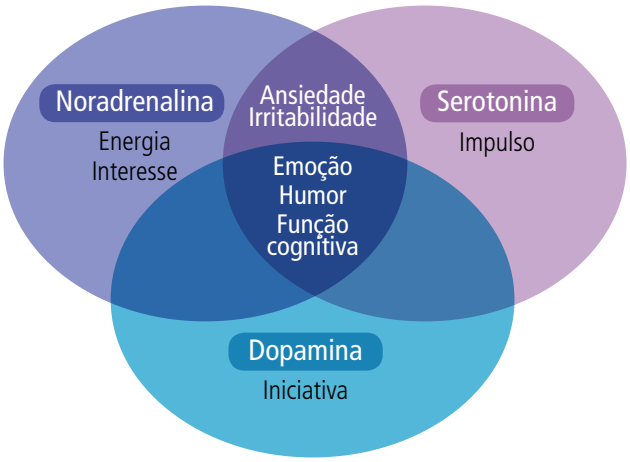
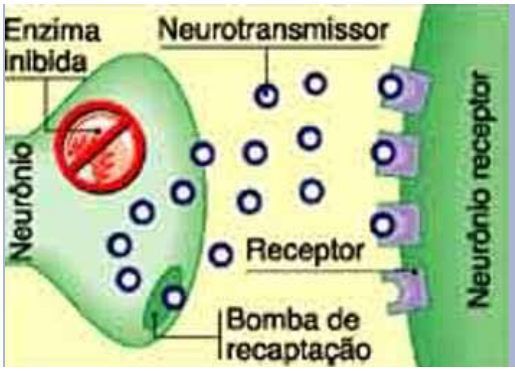


Figura 14.2: Neurotransmissores relacionados na Depressão
Fonte: http://www.santalucia.com.br

Num indivíduo sem depressão, as células nervosas liberam neurotransmissores, que são capturados por outros neurônios, por meio de seus receptores. Dentro da célula nervosa, uma bomba de recaptação retira parte dos neurotransmissores da sinapse e uma enzima específica metaboliza o resto das substâncias, observe a figura 14.3:



Você sabia que os neurotransmissores dopamina, noradrenalina e serotonina estão envolvidos no transtorno depressivo?

Figura 14.3: Sinapse de um indivíduo normal
Fonte: http://www.portalsaofrancisco.com.br

Já num indivíduo com depressão, acontece uma diminuição na quantidade de neurotransmissores liberados, mas a bomba de recaptação e a enzima continuam trabalhando normalmente. Então, o neurônio receptor captura menos neurotransmissores e o sistema nervoso funciona com menos ¨combustível¨.

Ainda como fatores de risco, incluem-se história familiar de depressão; tentativas anteriores de suicídio; sexo feminino; período pós-parto; co-morbidade médica; ausência de apoio social; eventos estressantes de vida; história pessoal de abuso sexual; abuso atual de substâncias; episódios anteriores de depressão.

Doenças ou condições clínicas específicas podem estar relacionadas à depressão de duas formas causando um estado depressivo ou potencializando um estado depressivo pré-existente.

Dentre as doenças, poderia citar as patologias endócrinas (hipotireoidismo e hipertireoidismo por exemplo); doenças infecciosas (sífilis terciária, hepatites virais, tuberculose e AIDS por exemplo); doenças reumatológicas (artrite reumatóide); alterações nutricionais (pelagra e anemia perniciosa); doenças neurológicas (esclerose múltipla, parkinson entre outras).

Outras condições como o AVC (acidente vascular cerebral), IAM (infarto agudo do miocárdio), hemodiálise, doenças neoplásicas e dor crônica. Medicamentos também podem estar associados à depressão, como o álcool e alguns medicamentos (anti-hipertensivos, estimulantes, esteróides, antiparkinsonianos e hormônios).

14.2 Sintomas e tratamentos

Em relação aos sintomas, pode-se suspeitar de depressão quando alguns dos sinais a seguir chegam a prejudicar as atividades normais de uma pessoa. Dentre os principais sintomas da depressão, estão os sintomas fundamentais: humor deprimido (sentimentos profundos de tristeza); perda de interesse por atividades antes consideradas prazeirosas, como lazer ou sexo e fatigabilidade.

Assista o vídeo e amplie seus conhecimentos: http://www.youtube.com/watch?v=kCdHq0KkNGU

Assistam também a reportagem: http://www.youtube.com/watch?v=T-yh5hiq5Jw

Dentre os sintomas acessórios, estão a concentração e atenção reduzidas; autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa, inutilidade e desamparo; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos autoagressivos ou suicidas; sono pertubado (insônia ou hipersonia); apetite diminuído ou aumentado.

Co-morbidades podem estar associadas, como o abuso de substâncias; demências; luto; déficit de atenção e hiperatividade e outras doenças clínicas.

Quanto a gravidade dos episódios depressivos, podem ser divididos em epi-

sódio leve, moderado e grave, quando apresentam três sintomas fundamentais e cinco sintomas acessórios ou mais.

Divisão segundo a causa, podem ser reativa, quando aparece como uma reação ao estresse externo, como a separação ou perda de ocupação. Endógena, quando os sintomas independem de causas externas. A primária, quando a depressão por si só é o problema fundamental ao invés de resultado de uma condição pré-existente e secundária, quando é causado por outra doença psiquiátrica ou física ou por abuso de medicação ou drogas.

Existe também a classificação pelos sintomas, como neurótica, geralmente decorrente de um acontece aflitivo. Psicótica, quando decorre de um distúrbio recorrente acompanhado por severas alterações do humor, incluindo alucinações e **delírios**, complicada por forte tendência do suicídio.

A depressão, quanto ao curso, pode ser bipolar, com episódios alternados ou simultâneos de mania e depressão e unipolar, quando a depressão ocorre isoladamente , sem episódios associados de mania.

Em relação ao tratamento, importante saber que ter ou não ter depressão não é uma questão de vontade. Por essa razão, muitas pessoas que têm o problema não conseguem melhorar por conta própria. E o que é pior: muita gente não procura tratamento porque não reconhece os sintomas nem sabe que o que sente é doença.

Existem três tratamentos para a depressão: os antidepressivos são efetivos no tratamento agudo das agressões moderadas e graves, porém não diferentes de placebos nas depressões leves; as psicoterapias são mais efetivas para depressões leves e moderadas, e deverão ser indicadas nestes casos e a combinação dos dois tratamentos anteriores (medicamentos e psicoterapia).

O objetivo dos cuidados é o de ajudar o paciente a enfrentar e superar sentimentos penosos. A atenção, paciência e estímulo são de grande valia, assim como não reforçar suas ideias de ruína; impedir que o paciente faça qualquer ato prejudicial a si mesmo, observando e mantendo vigilância discreta e constante; estabelecer e manter atendimento adequado nas áreas de alimentação, hidratação, repouso e sono; ajudar nos cuidados higiênicos (banho, higiene bucal), se necessário, encorajar a expressão de sentimentos e pensamentos.

A-Z

Delírio
Distúrbio do pensamento em que a consciência do indivíduo está clara, estando ele portanto lúcido, mas ao mesmo tempo, coexistem idéias errôneas, julgamentos falsos, levando-o a construções imaginárias nas quais ele acredita sem contestação possível. Seus conteúdos podem ser persecutórios (delírios de perseguição), de grandeza e poder (delírio de grandeza), depressivo (delírio de negação).

Orientá-lo para a realidade e oferecer segurança, desenvolvendo junto com os mesmos sentimentos de autoestima e confiança; ajudá-lo a controlar sua ansiedade e medo, oferecendo apoio; ajudá-lo a socializar-se e também estimulá-lo a ocupar-se com atividades que goste de realizar, dando o esforço positivo.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender um pouco melhor o transtorno mental de humor, o que é, sinais mais comuns e tratamento e formas de detectá-los.

Atividades de aprendizagem

1. Com base no que mostra a figura a seguir qual a diferença apresentada?

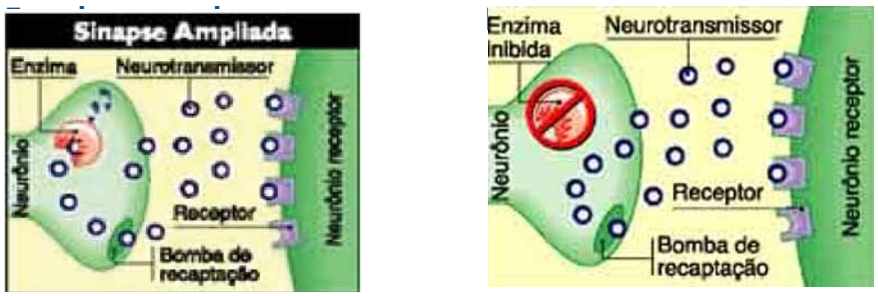


Figura 14.3: Comparação de uma sinapse de uma pessoa sem depressão e outra com depressão
Fonte: http://www.santalucia.com.br

Aula 15 - Transtornos psicóticos (Esquizofrenia e Transtorno Bipolar)

Dando continuidade aos transtornos mentais estaremos estudando nessa aula os transtornos chamados de fundo psicótico (psicoses) Essas doenças graves que afetam a mente. Essas doenças alteram a habilidade da pessoa em pensar claramente, fazer bom julgamento, responder emocionalmente, comunicar efetivamente, entender a realidade e se comportar adequadamente.

Figura 15.1: Comportamento
Fonte: http://dopoucoumtodo.blogspot.com.br

Transtorno esquizofrênico

Doença mental grave, que se manifesta em geral no fim da adolescência ou início da vida adulta e tem um curso crônico com períodos de crise aguda intercalados com períodos de remissão parcial da sintomatologia. Tem distribuição universal, apresentando distribuição geográfica semelhante em todo mundo e atingindo cerca de 0,5 a 1% das população mundial. Ocorre igualmente em indivíduos do sexo masculino e feminino, embora a tendência a ser mais benigna nos indivíduos do sexo feminino.

A causa é desconhecida, mas existem evidências suficientes para se concluir que decorre de algum tipo de lesão cerebral que torna o sistema nervoso vulnerável ao estresse.

A hereditariedade é um fator importante, pois se sabe que a sua frequência é aumentada nos familiares de pacientes, sendo as chances de desenvolver esquizofrenias maiores. Alterações cerebrais tem sido bem descritas nas últimas décadas graças ao uso de tomografia computadorizada, ressonância magnética e em estudos de neuropatologia.

As complicações da gestação e do parto estão relacionadas a fatores de risco para o transtorno.

Dentre os fatores de bom prognóstico, está o início agudo, inserção social, tratamento precoce, bom ambiente familiar, sexualidade adequada e casamento, sexo feminino, bom nível de inteligência, pouco ou nenhum antecedentes hereditários.

Já, os fatores de mau prognóstico são início insidioso, demora no início do tratamento, isolamento social, ambiente familiar desfavorável, sexualidade pobre, ausência de parceria conjugal, sexo masculino, nível mais baixo de inteligência e herança predominante.

Existem vários tipos de transtorno esquizofrênico, como do tipo paranóide, hebefrênica, catatônica, residual e simples. A do tipo paranóide é um tipo mais brando de evolução, com conteúdo principal do pensamento ligado à grandeza e perseguição.

Assista o filme "*Uma mente brilhante*" com o ator Russell Crowe, que retrata a evolução do transtorno esquizofrênico.

O tratamento é a combinação de psicofarmacoterapia e abordagens psicossociais, uma vez que a esquizofrenia é uma doença que evolui tipicamente por surtos e com recuperação parcial do paciente e os medicamentos diminuem os sintomas, entretanto não são capazes por si só de promover a reintegração familiar e social. A reabilitação pode ser feita em ambiente onde possam ser acompanhados nas atividades diárias, como hospital-dia e centros de convivência, desenvolvendo diferentes tipos de atividade sob supervisão profissional.

O transtorno bipolar, antes denominado psicose maníaco-depressiva, é conhecida pelas oscilações ou mudanças de humor repentinas (figura 15.2), sendo um transtorno mental que envolve episódios sérios de mania e depressão.

Este transtorno tipicamente começa na adolescência ou no adulto jovem, continuando ao longo da vida. Quando não diagnosticado, causa sofrimento desnecessário às pessoas que o têm, como separações conjugais, perda do emprego e envolvimento com álcool e outras drogas, o que agrava mais ainda o quadro da doença.

Figura 15.2: Transtorno bipolar
Fonte: http://www.wikipediaillustrated.org

Entre os estados de euforia e depressão ocorrem as fases de "normalidade" intercaladas. Sua causa exata é desconhecida, porém os cientistas acreditam que esteja ligada à genética. Segundo a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar, 50% dos portadores da doença apresentam pelo menos um familiar afetado. Há dois tipos de transtorno bipolar: o I, que é a doença propriamente dita, e o II, em que os episódios de depressão e hipomania, que é a versão mais leve da mania. O tratamento depende da fase e da gravidade e sempre envolve medicamentos, em geral estabilizadores de humor, além do tratamento psicológico para ajudar o paciente a aceitar e controlar a doença.

Leia mais em http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?189

Assista o depoimento da atriz Cássia Kiss sobre bipolaridade no programa da TV Globo: http://www.youtube.com/watch?v=p3L06rHy0pk&feature=related

Observe como isso acontece no gráfico a seguir.

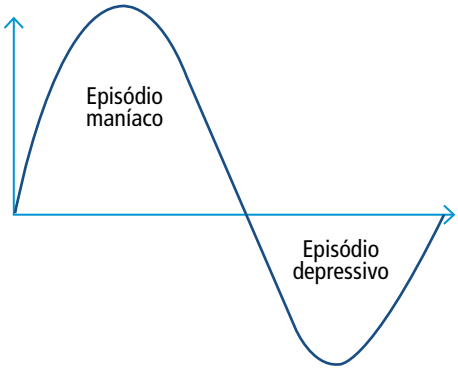


Figura 15.3: Etapas no transtorno bipolar
Fonte: http://4.bp.blogspot.com

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender um pouco melhor o transtorno esquizofrênico e transtorno bipolar e principalmente a seriedade do controle e tratamento dessas doenças.

Atividades de aprendizagem

Responda as questões abaixo:

1. Estudo de caso:

   Fulano de Tal, 28 anos, sexo masculino, solteiro, cor branca, primeiro grau completo, procedente de Jurubeba-PR, ateu.

   Ao exame, mostrou palidez cutânea, desnutrido, desidratado, em péssimo estado de higiene, cabelos compridos e sujos, barba por fazer, cavidade oral com halitose, apresentando falhas dentárias em arcada superior e inferior, os dentes que restam estão em condições precárias, unhas compridas com presença de sujidade e fezes.

   No que refere aos hábitos da vida diária, mãe refere que a mais ou menos 20 dias, o filho não se interessa por alimentação nem higiene pessoal. Seu padrão de sono é irregular, passa todo o tempo dentro de casa trancado no quarto às escuras e conversando sozinho (solilóquios). Tabagista desde os 12 anos, consumindo atualmente em torno de 30 cigarros/dia. Aplicado o Teste de Fagestron, revelou grau de dependência elevado e estágio de motivação na fase de contemplação. Nega alcoolismo ou outras drogas, porém no teste CAGE revelou ++ e CIWA igual a 10. Não pratica exercícios físicos.

   Sua queixa principal ao dar entrada na Unidade de Saúde acompanhado pela mãe, de maca, contido em um lençol e totalmente sem roupas foi por apresentar surto psicótico, ficando agressivo contra sua mãe, agitado, com delírios místicos, dizendo ser Jesus Cristo.

   Na sua história pregressa da doença, mãe traz que teve uma infância tranquila, era uma criança inteligente e aplicada na escola, porém muito irritada e isolada. Os primeiros sintomas apareceram pela primeira vez quando estava no colégio, aos 15 anos, tentou agredir sua professora. Foi hospitalizado muitas vezes. No início falava em suicídio, e agora no momento vive com sua mãe que é viúva e aposentada e também com

dois tios que sofrem de transtorno esquizofrênico.

Quanto os tratamentos psiquiátricos anteriores, relata que já foi hospitalizado muitas vezes. Seu último internamento foi a cerca de um ano atrás, onde permaneceu internado por três meses. Baixa adesão ao tratamento farmacológico, queixando de boca seca, retenção urinária, constipação, hipotensão postural e diminuição de libido.

Na sua história familiar traz que tios apresentam transtorno esquizofrênico, pai alcoolista, morreu de cirrose (separou-se da mãe quando tinha 12 anos), mãe hipertensa e diabética, irmã faleceu de câncer de mama aos 20 anos, tia materna tem transtorno bipolar e tio materno toma "fluoxetina". Nega suicídio e uso de outras drogas na família.

Suas condições sócio-econômicas mostram que a mãe é viúva e aposentada, recebendo em torno de três salários mínimos, residindo num imóvel herdado do pai, falecido à 10 anos.

Ao exame do estado mental, mostrou consciente, desorientada no tempo e espaço, confuso, agressivo, verbalizando palavrões, com alucinações visuais e auditivas (alteração da sensopercepção) e pensamentos incoerentes com a realidade.

Aula 16 - Transtorno mental e de comportamento decorrentes ao uso de substâncias psicoativas

Nessa aula iremos tratar dos transtornos mentais causados pelo uso de drogas.

Figura 16.1: Drogas
Fonte: http://marketsensus.files.wordpress.com

A Organização Mundial de Saúde define fármaco ou droga como "toda substância que, introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções." Para Masur e Carlini (1993), as chamadas drogas psicoativas ou psicotrópicas são substâncias naturais ou sintetizadas que produzem alterações no SNC do indivíduo e, consequentemente, em seu estado emocional e comportamental.

As drogas psicotrópicas com potencial de uso são: álcool, opióides, canabinóides. Existem no cérebro sítios específicos de ligação às drogas (núcleo accumbens, área pré-frontal, área tegmentar ventral)

Segundo a OMS, está mais sujeito a usar drogas quem não tem informações adequadas sobre as drogas; está insatisfeito com sua qualidade de vida (falta ou excesso); é pouco integrado na família e na sociedade; fácil acesso às drogas.

Para Delay (1961), as drogas podem ser classificadas em:

Depressoras ou psicolépticas – diminuem a atividade do cérebro, o que significa dizer que a pessoa que faz uso desse tipo de droga fica "desligada", " devagar", desinteressada pelas coisas.

Exemplos: álcool; soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono), barbitúricos, alguns benzodiazepínicos:

- ansiolíticos (acalmam, inibem a ansiedade) Ex: diazepam, lorazepam, etc.;
- opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência) – ex.: morfina, heroína, codeína, meperidina, etc.
- inalantes ou solventes – cola, tintas, removedores, tiners, etc.

Estimulantes ou psicoanalépticas (cocaína – de tanto uso, pode levar à transtornos psicóticos) – aumentam a atividade do cérebro ou estimulam o seu funcionamento, fazendo com que a pessoa que se utiliza dessas drogas fique " ligada", "elétrica", sem sono. Exemplos:

- anorexigenos (diminuem a fome) – dietilpropiona, fenproporex, entre outros,
- cocaína e subprodutos (crack – mistura de pasta de cocaína desidratada, bicarbonato de sódio e água em forma de pedra), nicotina.

Pertubadoras ou psicodislépticas (delírios, alucinações) agem modificando qualitativamente a atividade do cérebro, a pessoa fica com uma percepção distorcida da realidade.

Ex: de origem vegetal – mescalina (do cacto mexicano), delta 9-tetra-hidro-canabinol (delta 9-THC) da maconha, psilocibina (de certos cogumelos), lírio ou trombeteira ou zabumba ou saia-branca; -de origem sintética- dietilamida do ácido lisérgico – LSD-25 ("ácido") , metilene- diometa anfetamina.

- MDMA (ectasy), anticolinérgicos (Artane, Bentyl)

Importante destacar que drogas diferentes requerem abordagens diferentes; diferentes níveis de envolvimento com drogas requerem intervenções específicas; qualidade de vida; prevenção, tratamento, normatização e mesmo repressão devem ser atividades integradas num planejamento conjunto.

Ao final da aula você ainda poderia ter dúvidas quanto aos efeitos maléficos das Drogas?

Conheça portanto que entre os **efeitos das drogas** estão:

- Danos ao sistema respiratório, perda de memória, câncer, alucinação, perda de peso, agressividade, perda de controle, depressão, problemas cardíacos e outras complicações que podem resultar em morte.

Além dos problemas de saúde que denominamos transtornos mentais causados por dependência de drogas, tem também outros **problemas como os problemas sociais e familiares que as drogas causam**. As drogas só trazem danos e infelicidade, por isso **diga não as drogas**.

Figura 16.2: Campanha
Fonte: http://www.mundodastribos.com

Resumo

Ao final desta aula você pode revisar alguns aspectos sobre o transtorno mental e de comportamento decorrentes ao uso de substâncias psicoativas, já visto em outra disciplina.

Aula 17 - Transtorno de personalidade antissocial

Dando continuidade aos transtornos mentais nessa aula iremos estudar e ampliar nossos conhecimentos nos transtornos de personalidade antissocial.

Os transtornos específicos de personalidade no CID-10 (F60), segundo a OMS são condições que afetam padrões de comportamento profundamente enraizados e duradouros, expressos pelas pessoas nas respostas inflexíveis às experiências sociais e pessoais.

Distúrbio caracterizado por padrões desadaptados de comportamento, onde a lesão psíquica está principalmente no superego, que é incapaz de exercer sua função. As pessoas que apresentam tal distúrbio, não são capazes de estabelecer relações importantes com outros indivíduos ou manterem-se leais a alguém, um grupo, ou valores sociais. Desta forma, são considerados antissociais, não no sentido de isolamento, mas sim de que seu comportamento é considerado como contra a sociedade, pois procuram a socialização com o objetivo de obter benefício próprio.

São pessoas insensíveis, buscando prazeres imediatos, egoístas, irresponsáveis, incapazes de aprender com a experiência negativa. Tendem a culpar os outros pela sua conduta ou justificar-se com argumentos "lógicos". O nível intelectual costuma ser superior, porém a inteligência não serve para controlar sua conduta.

Geralmente, o indivíduo com este distúrbio provém de lares desarmônicos, onde a mãe é uma figura sofrida, que não tem condições de dar ao filho condições de um desenvolvimento psíquico normal, como também que influências ambientais contribuem para o transtorno.

Dentre as características principais deste distúrbio, está que o paciente não apresenta alterações de funções psicológicas (delírios e alucinações), nem sintomas de ansiedade; satisfação imediata de impulsos sem levar em consideração outras pessoas ou a consequência de seus atos; seu comportamento não lhe traz ansiedade, culpa ou vergonha; incapacidade de aprender com a experiência, portanto não muda a sua conduta. Acrescenta-se à lista, tendência à mentira, pouca capacidade de resistir a pressões e frustrações,

Quem assistiu ao filme: *O Silêncio dos Inocentes*?

Assista o filme pois poderão entender um pouco mais sobre a psicopatia do principal personagem da trama e entender o cérebro de um psicopata.

Anthony Hopkins no portentoso papel de Dr. Hannibal Lecter. Ganhador do Oscar 1992 para melhor ator principal neste filme.

Fonte: http://cova-do-urso.blogspot.com.br/2009/11/filmes-da-minha-vida-o--silencio-dos.html

podendo tornar-se agressivo quando ameaçado, não percebendo seu comportamento alterado, como estranho.

Um dos maiores especialistas no mundo em psicopatia é o psicólogo canadense Robert Hare, da Universidade de British Columbia, que por meio da observação clínica de seus pacientes, produziu um dos mais eficientes métodos de análise do comportamento e identificação dos psicopatas. No livro Without Conscience, o psicólogo descreve inclusive os psicopatas de colarinho branco, referindo às pessoas que dedicam a vida a trapacear nos negócios.

Não se sabe a origem da psicopatia, mas existe muita pesquisa em desenvolvimento. Estudos identificaram as áreas do cérebro em que há alta atividade diante de julgamentos morais, e que entre os antissociais, essas regiões não apresentam nenhuma atividade.

O tratamento desses indivíduos é difícil, devido o fato que eles não percebem suas dificuldades e consequentemente não desejam se tratar; o que leva em geral, um familiar a procurar recurso.

Em função das características deste paciente, a equipe deve estar atenta quanto às manipulações, ser consistente, agindo com firmeza, sem desprezo ou atitudes de caráter punitivo.

Procure o acervo da Revista superinteressante e leia o artigo que fala sobre a temática da aula.
http://super.abril.com.br/ciencia/seu-amigo-psicopata-446474.shtml

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender o transtorno de personalidade antissocial e suas características principais.

Atividades de aprendizagem

1. Leia o texto e responda abaixo:

São vistos como sedutores e desafiadores. Não se consideram doentes e, se buscam o serviço de saúde mental, geralmente o fazem por alguma imposição. Apresentam boa verbalização, são inteligentes e agradáveis, atributos que muitas vezes usam para atrair a simpatia e conseguir o que querem. É importante que a equipe de atendimento esteja alerta a estas manobras, evitando a manipulação.

- Baseado nos fatos acima, podemos estar diante de um indivíduo:

a. com comportamento antissocial

b. que se acha perseguido.

c. agitado.

d. deprimido.

e. as alternativas A e B estão corretas.

- Por quê o tratamento de pacientes com transtorno de personalidade antissocial é considerado difícil?

_____

_____

_____

_____

_____

2. A revista *Veja* de 01/04/09 traz entrevista com o psicólogo canadense Robert Hare, famoso por seus estudos sobre os **psicopatas** (em termos técnicos, "portadores de transtorno de personalidade antissocial"). Hare defende que a psicopatia existe em níveis: existem uns mais psicopatas que outros. Também separa os psicopatas em sádicos ou não (nem todos têm prazer em ver o outro sofrer, alguns apenas não sentem nada). Também advoga que poucos psicopatas são *serial killers*, mas quase todo *serial killer* é psicopata (segundo pesquisa de Michael Stone, 90% dos *serial killers* seria psicopata). Sugestionado a citar personagens da história que seriam psicopatas, Hare apontou os óbvios: Stalin, Saddam Hussein, Hitler. Por fim, fala da ineficácia da psicoterapia empregada como tentativa de tratamento para a psicopatia, e conta que está para publicar um estudo com outra modalidade de terapia, não com o objetivo de cura, mas apenas de minimizar os danos. Leia o artigo no *link* a seguir e depois faça um comentário pessoal sobre o que é abordado na entrevista em relação ao tema da aula.

Figura 17.2: Psicólogo Robert Hare
Fonte: http://www.brettbeadle.com

http://veja.abril.com.br/010409/entrevista.shtml

Aula 18 - Tipos de tratamento em saúde mental

Nessa aula estaremos fazendo uma ampliação na temática que trata sobre os tratamentos mais usuais para os portadores de transtornos mentais.

Figura 18.1: Intervenção
Fonte: http://psicopatasss.blogspot.com.br

As intervenções terapêuticas em saúde mental compreendem um amplo grupo de atuações, que podem ir desde a oferta de apoio, que pode incluir um aperto de mãos, um olhar, uma escuta interessada, a uma complexa intervenção psicofarmacológica, psicoterapêutica ou social.

Tal como acontece com qualquer tipo de doença, o paciente necessita em primeiro lugar, de apoio, e este não apenas pode ser prestado pela família ou pelo médico, mas por qualquer pessoa que se encontre ao seu lado.

A psicoterapia é a forma de tratamento feita com apoio de entrevistas, usando abordagem psicológica, utilizada tanto com clientes internados, como fora do hospital. A atuação psicoterapêutica é baseada na relação interpessoal e, para que esta aconteça, é imprescindível que exista pelo menos duas pessoas, neste caso o paciente e o profissional. Esta relação estabelece-se tanto com o paciente, quanto com todos os seus sistemas: familiar, institu-

cional e social, e um dos pilares nos quais se baseia a atuação terapêutica é a relação interpessoal.

Segundo a OMS, várias técnicas e abordagens derivadas de diferentes fundamentos teóricos têm mostrado sua efetividade em relação a diversos transtornos mentais e comportamentais, como a terapia do comportamento, a terapia cognitiva, a terapia interpessoal, as técnicas de relaxamento e as **técnicas e terapias de apoio (aconselhamento)**.

De forma didática, os tratamentos em saúde mental podem ser classificados como somáticos (biológicos), psicoterapêuticos e socioterapêuticos, portanto devem atender aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Importante conhecer a história de vida do paciente e as relações que mantém e avaliar as alterações somáticas. Diante do resultado da análise destes aspectos biopsicossociais segundo critério de ordem de prioridade, poderão ser planificadas os tratamentos biológicos, psicológicos e sociais.

Os tratamentos biológicos derivam da observação científico-clínica. Para a psiquiatria biológica, a doença se deve a causas de tipo orgânico, pelo qual se utilizam tratamentos farmacológicos e terapia eletroconvulsiva.

Com o advento da psicofarmacoterapia a partir dos anos 50, em todo o mundo, reduziu-se o tempo de permanência hospitalar, diminuindo assim drasticamente a população de pacientes residentes. Com Delay (1952), ocorreu uma revolução na assistência psiquiátrica, sendo introduzido a clorpromazina. Isso revelou uma esperança para os portadores de transtornos mentais, pois a atitude em relação à doença mental passa a ser positiva, doentes considerados crônicos melhoravam, surgindo a possibilidade de tratar o doente em casa, mudando então a arquitetura hospitalar com a criação dos ambulatórios, sem grades ou quartos-fortes.

Figura 18.2: Asilo
Fonte: http://bocaquefala.blogspot.com.br

A clássica figura do asilado, morador permanente do hospital, perdeu sua prevalência numérica. Infelizmente, entretanto, não se conseguiu obter a cura dos doentes mentais. Mesmo assim, em razão da facilidade da administração oral dos psicofarmacos, uma parte do tempo de permanência em tratamento foi transferida para o domicílio do paciente. Por motivos vinculados à natureza da própria doença, por dificuldades sociais, pela não adesão ao tratamento, pelas dificuldades de acesso ao tratamento ambulatorial ou pela não dispensação gratuita de medicamentos, parte dos pacientes não consegue permanecer em casa pelo tempo que poderia. O Estado sempre investiu pouco em atualização, levando o sistema assistencial a enfrentar dificuldades e a alimentar tratamentos ultrapassados ou retrógrados.

Outro efeito importante da revolução psicofarmacológica foi a criação de possibilidades concretas para o tratamento eficaz de pessoas com enfermidades mentais chamadas "menores", as doenças neuróticas. Situação que tem sido negligenciada e que necessita ser encarada com a mesma prioridade dos quadros psicóticos. Não obstante, segundo orientação do Ministério da Saúde, os medicamentos jamais devem ser considerados como instrumento único ou isolado, tanto em casos de pacientes em crise aguda, como naqueles com evolução crônica da doença.

A título de história e importância mostra a evolução da população de pacientes internados, residentes nos Estados Unidos, deixando muito claro que a significativa redução desta população ocorreu, principalmente, em razão do surgimento dos psicofármacos. Este fenômeno ocorreu também nos demais países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A terapia eletroconvulsiva, técnica usada com muita frequência até 1952, ano em que surgiram os medicamentos psicotrópicos. A utilização deste tipo de terapia ainda hoje é muito discutida e, mesmo nos casos em que está indicada, existem centros que não a utilizam, porém já foi demonstrado que esse procedimento é eficaz na depressão grave. O uso de anestésicos e miorrelaxantes, avaliado por equipe treinada reduziu os riscos para o paciente.

Mesmo podendo contar com as intervenções terapêuticas acima descritas, não podemos esquecer a importância de um bom acolhimento que poderá influenciar na adesão e a continuidade de todo o processo de atendimento e consequentemente, na evolução do tratamento.

Vale a pena lembrar que acolher significa dar boas vindas, humanizando o atendimento, sendo um momento de reconhecimento da pessoa de forma

empática. O acolhimento bem conduzido diz respeito a uma atitude profissional que reforça e mantém o vínculo, a aliança terapêutica.

O acolhimento envolve não só os usuários, como os familiares que o acompanham, que com respeito e interesse, promovem uma relação de proximidade entre a equipe e o paciente, evitando, contudo, envolvimento íntimo. Importante neste momento, reforçar valores como a solidariedade e qualificar as relações entre as pessoas, valorizar o potencial dos indivíduos e aceitar as limitações de cada situação. Enfim, um bom vínculo entre a equipe profissional e usuário permite que a atenção à saúde mental se faça de maneira mais efetiva.

Outra modalidade de tratamento em saúde mental, não menos importante, são os grupos terapêuticos, uma vez que o trabalho em grupo é um recurso de excelência para o cuidado na saúde mental tornando necessário que os profissionais se preparem para esta abordagem agregando novos conhecimentos e ampliando o leque de possibilidades de compreensão e intervenção.

Estas atividades no trabalho em saúde mental são chamados de oficinas terapêuticas, realizando várias atividades sob a coordenação de um Terapeuta Ocupacional. O sucesso da atividade dependem em grande parte do interesse do paciente, respeitando as condições do coordenador e das necessidades do usuário. Importante destacar que estas atividades ajudarão na socialização, desenvolvimento de habilidades, melhora da autoestima, comprometimento e responsabilidade, entre outras.

Leia o artigo da *Revista Superinteressante* que também aborda o assunto.

Figura 18.3: Capa da Revista Superinteressante
Fonte: http://1.bp.blogspot.com

Segundo o Ministério da Saúde (2004), as oficinas terapêuticas podem ser expressiva, geradora de renda, de alfabetização e de atividades diárias, e com isso ajudam na reconstrução da cidadania do usuário, sendo um dos objetivos da saúde mental.

As atividades através do uso de material de artes plásticas, da música e da palavra são exemplos de oficina expressiva; já o aprendizado de uma atividade pode ajudá-lo na geração de renda; as oficinas de alfabetização ajuda nas atividades diárias em sua vida, evitando o agravamento da exclusão que já convive e a oficina de atividades diárias (AVD) prepara o indivíduo para situações que normalmente tem dificuldade no seu dia a dia, como no seu auto-cuidado, aumentando a sua autonomia.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender as mudanças provocadas pela introdução da psicofarmacologia e psicoterapia e a importância dos grupos no tratamento dos transtornos mentais.

Atividades de aprendizagem

1. Leia o texto informativo a fim de complementar os conteúdos trabalhados na aula e em seguida procure responder as perguntas sobre o conteúdo trabalhado.

De modo geral, os tratamentos psiquiátricos dividem-se em duas categorias; somáticos ou psicoterapêuticos. Os tratamentos somáticos incluem as terapias farmacológicas e electroconvulsivantes.

Os tratamentos psicoterapêuticos incluem a psicoterapia (individual, de grupo ou familiar, as oficinas terapêuticas), as técnicas de terapia do comportamento (como os métodos de relaxação e a hipnose) e a hipnoterapia. Muitas perturbações psiquiátricas requerem, para o seu tratamento, uma combinação de fármacos e de psicoterapia.

No caso das grandes perturbações psiquiátricas, a maior parte dos estudos sugere tratamentos que compreendam tanto fármacos como pisocoterapia, o que resulta mais eficaz que qualquer deles utilizados separadamente.

Fonte: http://www.manualmerck.net/?id=106&cn=947

a) Como são classificados os tratamentos em saúde mental?

b) Qual a importância das oficinas terapêuticas no tratamento do portador de transtorno mental?

c) Como é chamada a oficina terapêutica que através do aprendizado de uma atividade específica, possibilita retorno financeiro?

d) Tipo de oficina terapêutica que possibilita ao usuário o exercício da escrita e da leitura, úteis no uso diário e um recurso no resgate de sua cidadania?

e) O aprendizado de atividades que tenha dificuldade para realizar no seu cotidiano (lavagem de roupa, uso do fogão e outros eletrodomésticos) são realizados em que tipo de oficina?

Aula 19 - A família no tratamento e a reinserção na sociedade

Nessa aula discutiremos o papel da família como primeiro núcleo social de convívio, onde o indivíduo começa a desenvolver o seu potencial e a sua saúde mental.

Figura 19.1: Família
Fonte: http://sxc.hu

É na família que o indivíduo se apoia e, por isso, é importante a aceitação do doente mental pela família para que a comunidade possa também aceita-lo como membro dela. É necessário levar a família a compreender que o indivíduo portador de um transtorno mental é uma pessoa, um ser humano, que por algum motivo, não só biológico, mas talvez estrutural, ou até mesmo social, desenvolveu algum tipo de transtorno mental, e, por isso necessita de tratamento.

A família é o elo fundamental entre o ponto de atenção em Saúde e o doente, devendo ajudá-lo a sentir-se responsável pelo tratamento, por isso familiares e a equipe de atendimento devem agir em conjunto, procurando melhorar a qualidade de vidas do portador de transtorno mental.

A participação da família contribui no seguimento das orientações dos profissionais, incentivo à continuidade do tratamento, avaliação dos resultados, informando ao serviço de referência, a ocorrência de risco ou ideação suicida, agitação excessiva, agressividade, apatia, aceitação da medicação e prováveis efeitos colaterais, supervisionando o acompanhamento integral e permanente.

Qualquer tentativa de tratar o portador de transtorno mental sem a participação da família levará ao insucesso, pois os passos principais na promoção da saúde mental, prevenção e tratamento dos transtornos devem ser planejados dentro do contexto familiar. A família está inserida na história do indivíduo, mostrando que o seu estilo de vida obedeceu crenças e valores, e que o guiam o acesso à educação, cultura e lazer.

A orientação da família é um dos pontos fundamentais no tratamento, por isso devem ser adequadamente orientados no sentido que os comportamentos do paciente são devidos a uma doença, e não uma fraqueza moral, um problema de caráter, ou falta de interesse. Os transtornos mentais são doenças que podem ser tratadas, desde que busquem atendimento médico, a medicação e as orientações sejam seguidas. É importante o papel da família, que deverá manter firme sua atitude diante do tratamento.

Segundo a OMS, entre os fatores que melhoram a adesão ao tratamento estão o envolvimento de familiares e amigos para apoiar o plano terapêutico e sua implementação; uma relação médico-paciente baseada na confiança; educação do paciente com respeito às metas da terapia e às consequências da boa e da má adesão; um plano de tratamento negociado; simplificação do regime de tratamento e redução das consequências adversas do regime de tratamento.

É necessário que os familiares identifiquem o estágio de mudança em que o familiar se encontra, podendo assim discutir formas de atuação conforme a motivação do mesmo, para que desta forma possam ajudá-lo e se ajudarem a si mesmo. Todo processo de mudança exige fases e tempo para qualquer pessoa que almejar uma mudança de comportamento. A recaída se situa entre os estágios de mudança, sendo um fator previsível durante o tratamento, mas que ainda assim não o invalida.

Um modelo útil de como ocorre a mudança foi desenvolvido pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente (1982), onde buscaram compreender como e porque as pessoas mudam , tanto por si mesmas quanto com

o auxílio de um terapeuta. Descreveram uma série de estágios pelos quais as pessoas passam no curso da modificação de um problema, podendo ser representada em quatro, cinco ou seis estágios, conforme descrito abaixo:

- **Pré-contemplação:** é o ponto de partida para o processo de mudança, estágio onde a pessoa nem ainda considera ter um problema ou precisar fazer uma mudança. As pessoas neste estágio podem procura tratamento por pressão familiar, do empregador ou por seu médico.

- **Contemplação:** estágio em que a pessoa entra em um período caracterizado pela ambivalência, pois tanto considera a mudança quanto a rejeita. Exemplo: "por que quero parar? às vezes acho que não quero".

- **Determinação:** estágio no qual está pronta para mudar e compromissada com a mudança, um plano a ser implementado a curto prazo. A ambivalência ainda pode continuar nesta fase.

- **Ação:** estágio onde o dependente engaja-se em ações específicas para chegar a uma mudança.

- **Manutenção:** momento que exige um conjunto de habilidades e estratégias diferentes das que foram primeiramente necessárias para a obtenção da mudança.

- **Recaída:** se ocorrer, a tarefa é recomeçar em vez de ficar imobilizado neste estágio.

Com base nesses estágios, cabe agora saber também o que fazer em cada estágio:

No estágio de pré-contemplação: cuidar-se, ter limites, o familiar neste estágio necessita de informação e de feedback para ajudá-lo a tomar consciência de seu problema e da possibilidade de mudança.

No estágio de contemplação: dar informações, oferecer ajuda e tratamento.

No estágio de preparação: auxiliar na modificação do comportamento.

No estágio de ação: embora a recaída pareça distante, ficar atento.

No estágio de manutenção: fase mais fácil para a família, é o estágio de se tentar integrar o novo comportamento à sua vida em geral, mantendo a direção escolhida (mudar seu estilo de vida).

No estágio de recaída: não recair junto, reforçar a autoestima, levar para o tratamento.

Vejamos por exemplo como isso se aplica em fases motivacionais no tratamento do tabagista :

Pré-contemplação – não está pensando em parar de fumar.

Contemplação – pensando em parar de fumar algum dia na vida (reconhece que precisa parar de fumar).

Preparação / Determinação – pensando em marcar uma data de parada, porém, ainda não tem uma data definida.

Pronto para a ação – quer parar nas próximas quatro semanas.

Manutenção – parou de fumar.

Recaída – parou de fumar e recaiu.

Resumo

Ao final desta aula você passou a entender um pouco melhor a importância da família no tratamento e na reinserção na sociedade.

Atividades de aprendizagem

1. Leia o texto e responda a questão abaixo:

Era uma vez uma mulher que se mudou para uma caverna nas montanhas para aprender com um guru. Ela disse a ele que queria aprender tudo que havia por saber. O guru entregou-lhe pilhas de livros e deixou-a a sós para que pudesse estudar. Todas as manhãs, o guru ia à caverna para inspecionar o progresso da mulher. Ele levava na mão uma pesada vara. Todas as manhãs, fazia a ela a mesma pergunta:

- Já aprendeu tudo?

Todas as manhãs, a resposta dela era a mesma: não, ainda não.

O guru então batia com a vara na cabeça dela.

Isto se repetiu por meses. Um dia, o guru entrou na caverna, fez a mesma pergunta, ouviu a mesma resposta e levantou a vara para bater da mesma forma, mas a mulher agarrou-a antes que tocasse sua cabeça.

Aliviada por evitar a surra do dia, mas com medo de represália, a mulher olhou para o guru. Para sua surpresa, o guru sorria.

-Parabéns, disse ele. Você se formou. Você agora sabe de tudo que precisa saber.

-Como assim? perguntou a mulher.

-Você aprendeu que nunca aprenderá tudo que há para saber, respondeu ele. E aprendeu como parar a sua dor.

Esta é a lição: aprender a parar a dor e assumir o controle de sua vida.

Muitas pessoas aprenderam a fazer isso. Você também pode aprender.

Fonte: Co-dependência nunca mais – Melody Beattie, Editora Record, 2004

- Com base no texto acima produza um texto descrevendo e enfatizando a lição aprendida com o guru.

Aula 20 - Saúde mental e trabalho

O objetivo dessa aula é mostrar que é real o dado de que em diversos países pessoas deixam seus empregos por problemas de saúde mental.

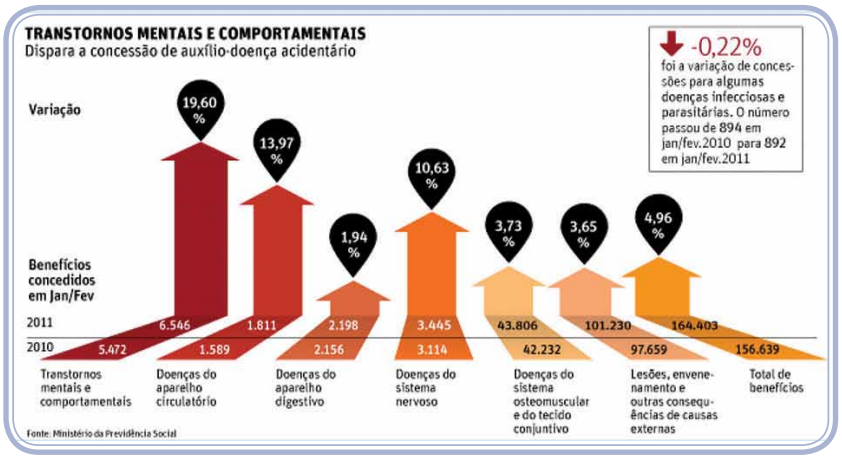


Figura 20.1: Transtornos mentais e comportamentais - Auxílio doença
Fonte: http://4.bp.blogspot.com

Na imagem a seguir vemos que entre as principais causas de aposentadoria por invalidez previdenciária durante a década de 1980, estão os transtornos mentais, levando a pensar na participação do trabalho como determinante desta morbidade.

Causas de aposentadoria por invalidez previdenciária no Brasil, na década de 1980

Causa invalidante
Hipertensão arterial
Transtornos mentais
Doenças cardiovasculares
Epilepsias
Doenças infectocontagiosas

Figura 20.2: Causas de aposentadoria por invalidez previdenciária no Brasil
Fonte: http://www.scielosp.org

Os distúrbios neurotóxicos (figura 20.3) estão entre os dez principais grupos de doenças e acidentes relacionados com o trabalho, daí a importância de busca a prevenção dos acidentes e doenças tidos como diretamente relacionados ao trabalho, evitando os agravos relacionados ao trabalho.

Os dez principais grupos de doenças e acidentes relacionados com o trabalho, Estados Unidos, 1982

1. Doenças pulmonares: asbestose, bissinose, silicose, pneumoconiose dos trabalhadores do carvão, câncer de pulmão, asma ocupacional.

2. Lesões músculo-esqueléticas: distúrbios da coluna lombar, do tronco, extremidades superiores, pescoço, extremidades inferiores, fenômeno de Raynaud traumaticamente induzido.

3. Cânceres ocupacionais (outros que não de pulmão): leucemia, mesotelioma, câncer de bexiga, de nariz e de fígado.

4. Amputações, fraturas, traumas oculares e politraumatismos.

5. Doenças cardiovasculares: hipertensão, coronariopatias e infarto agudo do miocárdio.

6. Distúrbios da reprodução: infertilidade, abortamento espontâneo, teratogênese.

7. Distúrbios neurotóxicos: neuropatias periféricas, encefalites tóxicas, psicoses, alterações de personalidade (relacionadas a exposições ocupacionais).

8. Perdas auditivas relacionadas com exposição a barulho excessivo.

9. Afecções dermatológicas: dermatoses, queimaduras térmicas e químicas, contusões.

10. Distúrbios da esfera psíquica: neuroses, distúrbios de personalidade, alcoolismo e dependência de drogas.

Fonte: National Institut of Occupational Safety and Health, 1983.

Figura 20.3: Os dez principais grupos de doenças e acidentes relacionadas com o trabalho, EUA, 1982.
Fonte: http://www.scielosp.org

Resumo

Ao final desta aula você pode entender como a saúde mental pode sofrer influência e comprometer sua vida pessoal e profissional, quando não identificado os fatores que o interferem e não busca ajuda especializada.

Atividades de aprendizagem

1. Leia o texto "A mala de viagem" e depois responda as questões abaixo:

A mala de viagem

Conta-se que um homem caminhava vacilante pela estrada, levando uma pedra numa mão e um tijolo na outra. Nas costas, carregava um saco de terra; em volta ao peito, trazia vinhas penduradas. Sobre a cabeça, equilibrava uma abóbora pesada.

Pelo caminho, encontrou um transeunte que lhe perguntou: "Cansado viajante, por que carrega essa pedra tão grande?"

"É estranho", respondeu o viajante, "mas eu nunca tinha realmente notado que a carregava." Então, ele jogou a pedra fora e se sentiu muito melhor.

Em seguida, veio outro transeunte que lhe perguntou: "Diga-me, cansado viajante, por que carrega essa abóbora tão pesada?"

"Estou contente que me tenha feito essa pergunta", disse o viajante," porque eu não tinha percebido o que estava fazendo comigo mesmo. "Então, ele jogou a abóbora fora e continuou seu caminho com passos muito mais leves.

Um por um, os transeuntes foram avisando-o a respeito de suas cargas desnecessárias. E ele foi abandonando uma a uma. Por fim, tornou-se um homem livre e caminhou como tal.

(extraída do livro Psycho-Pictography, de Vermon Howard)

1. Qual era na verdade o problema dele? A pedra e a abóbora?

2. O que seriam "cargas", que tanto pesam para as pessoas e que lhes roubam energia?

3. Cada um tem seu tipo de carga "específica". Responda ,justificando.

Referências

AMARANTE, P. (coord.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. O homem e a serpente.Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

BALLONE, G. J.; MOURA, E.C. (2008). Alucinação e Delírio. In: PsiqWeb, Internet www.psiqweb.med.br, acesso em 20 de Jan. de 2012.

BEZERRA, JR., B.; AMARANTE, P. (org.) Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011. Acesso em 20/12/2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2004. [acesso 14 janeiro de 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br.

JORGE , M.S.B. ; SILVA , W.V. ; OLIVEIRA , F.B. (org.) Saúde Mental : da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo : Lemos Editorial, 2000.

LOUZÃ NETO,M.R. Esquizofrenia. Revista Brasileira de Medicina. Vol.55. n° 3. Março de 1998.

_____. Convivendo com a esquizofrenia: um guia para portadores e familiares. São Paulo: Prestígio, 2006.

MELLO , M.F. ; MELLO, A.A.F. ; KOHN , R. (org.) Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre , RS : Artmed, 2007.

PAULIN, Luiz Fernando ; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2004, vol.11, n.2, pp. 241-258. ISSN 0104-5970.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS, Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS. Relatório sobre a saúde no mundo-2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Rio de Janeiro: Gráfica, Organização Mundial da Saúde, 2001.

PITTA, A. (org.) Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

RAMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. 2004. [acesso 20 janeiro de 2012]. Disponível em: www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_10saudemental.pdf

ROCHA, R.M. Enfermagem em Saúde Mental. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional , 2005.

SEVERO, A.K.S; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. 2009.1[acesso 20 janeiro de 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100008

SOUZA, R.M.B. Saúde Mental e trabalho: impactos no cotidiano. Londrina: Ed. UEL, 2002.

STEFANELLI, M.C . Comunicação com paciente: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo, SP: Robe Editorial, 1993.

STOCKINGER, R.C . Reforma Psiquiátrica Brasileira : perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis, RJ : Vozes , 2007.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N. do R. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

Referências das figuras

Figura 1.1: Saúde
Fonte: www.shutterstock.com

Figura1.2: Saúde Mental
http://fluxodopensamento.com/2011/10/dia-mundial-da-saude-mental/

1.3. Figura: Psicólogos e Psiquiatras
http://lightshouse.orgFigura 2.1. DOENÇA MENTAL
http://teenmentalhealth.org/images/uploads/Brain.jpg

Figura 2.2: Fatores que podem predispor a uma depressão.
Fonte: http://malveiro.blogspot.com/2007_09_01_archive.html

Figura 2.3: Origem dos transtornos mentais
Fonte:http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAVcUAJ/psicofarmacologia-indicacoes-a -farmacoterapia

Figura 2.4: Relação do fator biológico com o ambiental
http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=56

Figura 2.5. Transtornado
http://health.kerals.com/beauty/wp-content/uploads/2012/04/Depression.jpg

Figura 3.1. Saúde Mental
http://www.dirjournal.com/health-journal/wp-content/uploads/2011/08/Mental-health. jpg

Figura 3.2. Hipócrates
http://medicinaybellasartes.blogspot.com.br/2011/09/retratos-de-medicos-hipocrates.html

Figura 3.3. PLATÃO
http://www.institutohypnos.org.br/wp-content/uploads/2012/04/plato_pio-clemetino_inv305.jpg

Figura 3.5. Phillipe Pinel
http://www2.biusante.parisdescartes.fr/img/?refbiogr=1924&mod=s

Figura 3.6. FREUD
http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Sigmund_Freud_1926.jpg

Figura 3.8. Chegada da Família Real de Candido Portinari
Fonte: http://jeitobaiano.atarde.com.br/?p=259

Figura 4.2: Série histórica da expansão dos CAPS
Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br/SAUDEMENTAL/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf

Figura 5.1. Reforma psiquiátrica-Manicômio
Fonte : http://lviveravida.blogspot.com.br/2010/09/reforma-psiquiatrica.html

Figura 5.2. Hospital em Arles
http://www.wikipaintings.org

Figura 5.3 Movimentos Antomanicomial
Fonte:http://www.revistareciclarja.com/news/dia%2018%20de%20maio%20e%20dedicado%20%20%C3%A0%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20luta%20antimanicomial/

Figura 5.4 Paulo Delgado
Fonte: http://www.fecomercio.com.br/arquivos/imagem/paulo_delgado_dilma_haatxav0a7.jpg

Figura 6.1 O Carregador de Flore. Diego Rivera
Fonte: http://www.passeiweb.com/saiba_mais/arte_cultura/galeria/open_art/1373

Figura 7.2.- Gráfico dos gastos extra-hospitalares e hospitalares
Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12443

Figura 8.1: O trabalho
Fonte: http://www.biomedicinapadrao.com/p/galeria.html

Figura 8.2 Gráfico
Fonte: http://monitordesaude.blogspot.com.br/2012/02/alguns-aspectos-da-epidemiologia-e.html

Figura 9.1 Saúde Mental
Fonte: http://s.socialesaude.zip.net/arch2007-10-14_2007-10-20.html

Figura 9.2: Hieraquia das necessidades de Maslow
Fonte: http://www.merkatus.com.br/10_boletim/maSLOW.gif

Figura 10.1. Ambiente terapêutico
Fonte: http://www.redwoodnky.org/child-programs.aspx

Figura 10.2: Paciente-equipe
Fonte: www.shutterstock.com

Figura 10.3. Crise
Fonte: http://viseucentral.files.wordpress.com/2010/10/saude.jpg

Figura 11.1: O encéfalo
Fonte: http://t3.gstatic.com/images? q=tbn:ANd9GcQztgMSFxDAeG8KFR4wJF1oVNtE7NSNPQSPZV70u021z0BOBZGq4n-9o3vm

Figura 11.2: Secção frontal no transtorno esquizofrênico
Fonte: http://www.inec-usp.org/cursos/cursoV/figural.jpg

Figura 11.3: Áreas Corticais da face medial-inferior
Fonte: http://www.auladeanatomia.com/neurologia/sulcoparietooccipital.jpg

Figura 11.4: Circuito de recompensa
Fonte: http://www.sistemanervoso.com/pagina.php?secao=7&materia_id=586&materiaver=1

Figura 11.5: Córtex pré-frontal
Fonte: http://neurociencia-educacao.pbworks.com/f/1210199867/neuro7.jpg

Figura 12.1. Rótulos
Fonte: http://biafisio.blogspot.com.br/2011/04/voce-sabia-transtornos-mentais.html

Figura 12.2: Área de Broca
Fonte: http://tathianatrocoli.files.wordpress.com/2009/12/area-de-broca.jpg

Figura 12.3: Áreas corticais relacionadas à linguagem e sua compreensão
Fonte: http://www.estimulacaoneurologica.com.br/Imagens/Noticias/G/14.jpg

Figura 12.4: Lobos do cérebro vistos medialmente com destaque ao hipocampo
Fonte: http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=176443

Figura 12.5: Família
Fonte: www.shutterstock.com

Figura 12.6: Alucinação auditivo-visual
Fonte: http://oppositional-defiantdisorder.net/associated-symptoms-of-schizophrenia

Figura 12.7: Mini-exame do estado mental
http://www.efdeportes.com/efd125/atividade-fisica-um-tratamento-para-pessoas-com-alzheimer01.gif

Figura 12.8: Secção frontal de cérebro
Fonte: http://esclerosemultipla.wordpress.com/category/o-que-significa/

Figura 13.1: O castelo na visão do neurótico, psicótico e psicopata
Fonte: www.shutterstock.com

Figura 13.2: Secção frontal de um cérebro normal com um de Alzheimers.
Fonte: http://projectodeimagiologia.blogspot.com/

Figura 13.3: Idoso e queixa de memória
Fonte: http://www.harmonyhh.com/wp-content/uploads/2010/09/11119457Man-Mem-Loss.jpg

Figura 13.4: Relação de prevalência dos Transtornos de Ansiedade entre os sexos
Fonte: Laboratório de Ansiedade-HC/USP

Figura 13.5: Síndrome do Pânico
Fonte: http://www.wingoodtherapy.com/wp-content/uploads/2011/10/panic.jpg

Figura 13.6: Fobia específica - medo de injeção
Fonte: http://yaymicro.com/stock-image/fear-of-injection/384814

Figura 14.1: Depressão
Fonte: www.shutterstock.com

Figura 14.2: Neurotransmissores relacionados na Depressão
Fonte: http://www.santalucia.com.br/neurologia/depressao/depressao3-a.jpg

Figura 14.3: Sinapse de um indivíduo normal
Fonte: http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/depressao/depressao-2.php

Figura 15.1: Comportamento
Fonte: http://dopoucoumtodo.blogspot.com.br

Figura 15.2: Transtorno bipolar
Fonte: http://www.wikipediaillustrated.org/guest/bipolar-disorder

Figura 15.3: Etapas no transtorno bipolar
Fonte: http://4.bp.blogspot.com/_ZhS2nkKRdUw/S8NpheaRqvI/AAAAAAAABI4/KHUA9SS9plw/s400/bipolar+tipo+1.JPG

Figura 16.1. Drogas
Fonte: http://marketsensus.files.wordpress.com/2012/01/drugs.jpg

Figura 16.2: Campanha
Fonte: http://www.mundodastribos.com/tratamentos-contra-as-drogas.html

Figura 17.1: Filme
Fonte: http://cova-do-urso.blogspot.com.br/2009/11/filmes-da-minha-vida-o-silencio-dos.html

Figura 17.2: Psicólogo Robert Hare
Fonte: http://www.brettbeadle.com/blog/wp-content/uploads/2011/06/BEADLE_PSYCHO_002.jpg

Figura 18.1
Fonte: http://psicopatasss.blogspot.com.br/2009/08/seu-amigo-psicopata.html

Figura 18.2. Asilo
Fonte: http://bocaquefala.blogspot.com.br/2010/06/profissionais-se-mobilizam-pelo-fim-dos.html

Figura 18.3: Capa da Revista Superinteressante
Fonte:http://1.bp.blogspot.com/-RVGfoq3A8iw/TdxyLufuQaI/AAAAAAAAB6M/V8nwXP1Nd5M/s1600/Superinteressante-maio-2011.jpg

Figura 19.1. Família
Fonte: www.shutterstock.com

Figura 20.1: Transtornos mentais e comportamentais - Auxílio doença
Fonte: http://4.bp.blogspot.com/-dxmiLSbtCJM/TtE3gp6G0UI/AAAAAAAAAkA/MWaNfnL8oS4/s1600/grafico.gif

Figura 20.2: Causas de aposentadoria por invalidez previdenciária no Brasil
Fonte: http://www.scielosp.org/img/fbpe/csc/v5n1/7086q3.gif

Figura 20.3: Os dez principais grupos de doenças e acidentes relacionadas com o trabalho, EUA, 1982.
Fonte: http://www.scielosp.org/img/fbpe/csc/v5n1/7086q1.gif

Atividades autoinstrutivas

1. Lei que o Ministério da Saúde segue como referência ao processo de reforma da assistência psiquiátrica, sendo um passo fundamental para iniciar a mudança de atenção psiquiátrica no país:

a) 11.343 de 2006.
b) 10.216 de 2001.
c) 10.708 de 2003.
d) 9.867 de 1999.
e) 2.197 de 2004.

2. Os pacientes que não tem opção de voltar ao convívio familiar podem ser recebidos em serviços denominados:

a) hospitais dia.
b) comunidades terapêuticas.
c) residências terapêuticas.
d) centros de atenção psicossocial.
e) ambulatórios.

3. Programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde aos pacientes que ao deixarem as clínicas e os hospitais, tem opção de retornar ao convívio familiar:

a) Cooperativas Sociais.
b) Residência Terapêutica.
c) Redução de danos.
d) De volta para casa.
e) Consultório de rua.

4. Os pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional somente via no " louco ":

a) defeito e irracionalidade.
b) desrazão e periculosidade.
c) isolamento e afetividade.
d) as alternativas a e b estão corretas.
e) as alternativas a, b e c estão corretas.

5. O processo da reforma psiquiátrica brasileira iniciou-se em fins da década de 70, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e é correto afirmar que:

a) surgiu a partir de denúncias por jovens médicos psiquiatras e se expandiu por todo o país.
b) seu projeto assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico.

c) foi responsável pela formulação teórica e pela organização de novas práticas.
d) as alternativas A e B estão corretas.
e) as alternativas A, B e C estão corretas.

6. São objetivos da Reforma Psiquiátrica:
a) assegurar o direito ao pleno exercício da cidadania ao doente mental , numa assistência digna voltada para a cura e não para a cronificação.
b) dar um fim à mercadorização da Saúde Mental.
c) proporcionar uma vasta gama de alternativas de tratamento.
d) as alternativas a e b estão corretas.
e) as alternativas a, b e c estão corretas.

7. A desinstitucionalização prevê:
a) redução gradual dos leitos psiquiátricos convencionais.
b) criação de alternativas assistenciais em regiões marcadas pela dependência hospitalar.
c) qualificação de leitos em hospital geral para suporte das ações comunitárias.
d) reforço das políticas e programas de suporte social.
e) as alternativas A, B, C e D estão corretas.

8. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde a Reabilitação Psicossocial , é incorreto afirmar que:
a) é um conjunto de esforços e programas que utilizem o potencial máximo de crescimento pessoal de um indivíduo.
b) deve ajudá-lo a aceitar sua incapacidade já que não tem outra alternativa.
c) o mais importante objetivo reside na reaprendizagem das atividades da vida cotidiana , na obtenção e conservação de um ambiente de vida satisfatória.
d) deve participar em atividades de trabalho significativas e no desenvolvimento de atividades sociais e culturais.
e) estar envolvido no desenvolvimento de atividades sociais e culturais.

9. Subtipo de fobia específica , que é o medo excessivo e irracional de ter uma doença , normalmente crônica , grave ou estimagtizante como AIDS , câncer ou doenças venéreas :
a) agorafobia.
b) acrofobia.
c) hipocondria.
d) hematofobia.
e) claustrofobia.

10. Idéias, imagens, impulsos e pensamentos intrusivos, inevitáveis, repetitivos, desagradáveis, que o indivíduo não consegue ou não sabe evitar são chamados de:
a) obsessões.
b) compulsões.
c) paranóia.
d) catatonia.
e) delírios.

11. Comportamentos estereotipados, repetitivos, muitas vezes sem sentido ou exagerados que o indivíduo faz para aliviar o desconforto da ansiedade:

a) obsessões.
b) compulsões.
c) paranóia.
d) catatonia.
e) delírios.

12. Segundo a Organização Mundial de Saúde está mais sujeito a usar drogas quem:

a) não tem informações adequadas sobre drogas.
b) está insatisfeito com sua qualidade de vida (falta ou excesso).
c) é pouco integrado na família e na sociedade e tem fácil acesso às drogas.
d) vive situação de pobreza , são órfãos e não tem acesso aos serviços de saúde.
e) as alternativas A , B e C estão corretas.

13. O manejo dos transtornos mentais e comportamentais mais particularmente do que outras afecções médicas necessita:

a) medicação (psicofarmacologia).
b) psicoterapia.
c) reabilitação psicossocial.
d) uma combinação equilibrada de dois ingredientes fundamentais: medicação e psicoterapia.
e) Uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: medicação, psicoterapia e reabilitaçãopsicossocial.

14. Dentre os fatores predisponentes de transtornos mentais estão:

a) idade, sexo , raça , constituição e genéticos.
b) ocupação e carga de trabalho.
c) situação conjugal e enfermidades psíquicas.
d) as alternativas A e B estão corretas.
e) as alternativas A e C estão corretas.

15. Assinale com V as afirmações verdadeiras e com F as falsas em relação aos itens que você considera importante no relacionamento paciente-profissional:

( ) 1. dar instruções ao paciente com clareza.
( ) 2. aprenda a ouvir bem e com frequência.
( ) 3. comporte-se de maneira a ser respeitado.
( ) 4. o tratamento do paciente deve ser à base de suborno
( ) 5. tratar o paciente com impaciência e irritabilidade.
( ) 6. verificar quais pacientes que podem cuidar de si e os que não podem.
( ) 7. censurar os pacientes por seus atos mórbidos.
( ) 8. dê atenção a todos os pacientes, inclusive aos que não requerem atenção.
( ) 9. não leve para o paciente seus negócios e obrigações.
( ) 10. lembre-se que sugestões conseguem muito mais do que uma ordem.

( ) 11. seja sincero e verdadeiro para que o paciente tenha confiança em você. Nunca faça ameaças ou promessas.

As alternativas verdadeiras (corretas) são :

a) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11.
b) 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 11.
c) 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 e 11.
d) 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10 e 11.
e) 1, 2, 4, 6, 8, 10 e 11.

16. Os principais motivos para o internamento de um dependente químico são:

a) incapacidade do paciente abster-se da droga utilizada.
b) gravidade dos sintomas de abstinência.
c) hálito etílico , secreção traqueo-brônquica , olhos e faces avermelhadas.
d) nervosismo , insônia , fraqueza muscular , tremores e queixas de dor nas pernas.
e) as alternativas A e B estão corretas.

17. É correto afirmar que um indivíduo que apresenta fobia social:

a) adora falar em público e se expor.
b) no trabalho sempre se dá bem , aproveitando as oportunidades.
c) tem medo de expor-se em grupos pequenos.
d) as alternativas A, B e C estão corretas.
e) as alternativas B e C estão corretas.

18. Dentre as principais causas de depressão pós-parto estão:

a) gestação conturbada com problemas mais sério a nível pessoal.
b) mulheres com estados depressivos no passado.
c) grande variação nos níveis de hormônios sexuais como estrogênio e progesterona.
d) as alternativas A , B e C estão corretas.
e) as alternativas B e C estão corretas.

19. Alterações da percepção sensorial, ou seja, o cliente vê, ouve ou sente algo, sem estímulo externo. Por exemplo: ouvir vozes, quando ninguém está falando:

a) idéias delirantes.
b) Ilusões.
c) alucinações.
d) catatonia.
e) as alternativas B e C estão corretas.

20. Assinale a alternativa que corresponde às características principais dos sociopatas (psicopatas, transtorno de personalidade anti-social):

a) manipulador e mentiroso , age como se estivesse acima da lei e da sociedade.
b) tem delírios e alucinações e sente remorsos ou culpa quando agride alguém.

c) praticam seus delitos sem medo , na frente de todos; exibe um charme superficial para as outras pessoas.
d) mostra indiferença com os sentimentos alheios.
e) as alternativas A, C e D estão corretas.

21. O paciente com distúrbio bipolar, no estado de mania pode apresentar:
a) pessimismo e desânimo.
b) euforia e fala rápida.
c) hiperatividade.
d) as alternativas B e C estão corretas.
e) as alternativas A, B e C estão corretas.

22. A Lei n. 10.216 , de 06 de abril de 2001 dispõe sobre:
a) a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
b) redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.
c) ampliação do número de leitos psiquiátricos nos Hospitais Psiquiátricos.
d) as alternativas A e B estão corretas.
e) as alternativas A , B e C estão corretas.

23. Os conteúdos e tipos mais freqüentes de delírio são:
a) delírio de perseguição (ou persecutório).
b) delírio de referência e delírio hipocondríaco.
c) delírio místico ou religioso e delírio fantástico ou mitomaníaco.
d) delírio de ciúmes e delírio de infidelidade.
e) as alternativas A, B , C e D estão corretas.

24. O Ministério da Saúde definiu, como uma das estratégias da atenção psiquiátrica, a remuneração pelo SUS de procedimentos como a assistência em hospita-dia, em Centros de Atenção Psicossocial, as oficinas terapêuticas, entre outros. Essa estratégia reflete o movimento de reforma psiquiátrica, que propõe a reorientação do modelo assistencial, tendo como uma de suas diretrizes a:
a) desinstitucionalização dos doentes.
b) internação em hospitais gerais e medicalização preventiva.
c) desobrigação do Estado e retomada da abordagem hospitalocêntrica.
d) as alternativas A , B e C estão corretas.
e) as alternativas A e C estão corretas.

25. Em relação a Depressão é correto afirmar que:
a) os neurotransmissores serotonina, noradrenalina e dopamina estão relacionados ao equilíbrio emocional.
b) dependendo da intensidade dos sintomas, a depressão pode ser leve , moderada e grave.
c) as principais conseqüências da depressão são a cronificação, incapacidade crônica e prejuízo a nível do funcionamento global.
d) o início da ação dos antidepressivos é imediato.
e) as alternativas A, B e C estão corretas.

26. O MEEM (Mini exame do estado mental) contempla a avaliação do (a) (s) :

a) orientação temporal e orientação espacial.
b) memória imediata e memória de evocação.
c) atenção , cálculo e linguagem.
d) alucinações e delírios.
e) as alternativas A , B e C estão corretas.

27. Dentro da Política Nacional de Saúde Mental. é incorreto afirmar que o governo brasileiro tem como objetivo:

a) reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos e incluir as ações da saúde mental na atenção básica.
b) qualificar , expandir e fortalecer a rede hospitalar.
c) incluir implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.
d) manter um programa permanente de formação de RH para reforma psiquiátrica.
e) as alternativas A, B, C e D estão corretas.

28. A avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos deverá ser feito por meio do(a):

a) Programa De Volta Para Casa.
b) Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).
c) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria)
d) Organização Mundial de Saúde (OMS)
e) as alternativas B e C estão corretas.

29. Psicoterapia é o tratamento de fatores emocionais através de técnicas psicológicas e tem como objetivo:

a) melhorar o relacionamento social e familiar.
b) diminuição da ansiedade e supressão dos sintomas.
c) modificação do comportamento.
d) o uso de qualquer meio bioquímico ou biológico.
e) as alternativas A, B e C estão corretas.

30. Faz (em) parte das ações da Política de Saúde Mental?

a) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
b) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta para Casa
c) Programa de Atenção ao álcool e outras drogas
d) Atendimento em hospitais psiquiátricos
e) as alternativas A , B , C e D estão corretas.

31. Quais os principais desafios na consolidação da Política de Saúde Mental ?

a) Fortalecer políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial
b) Consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial , promotora da reintegração social e da cidadania
c) Implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social , a violência e desemprego

d) Aumentar os recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental
e) as alternativas A, B , C e D estão corretas.

32. Em relação ao Programa de Volta para Casa é incorreto afirmar que:
a) Está amparado pela lei federal 10.708 (2003)
b) Prevê auxílio-reabilitação
c) é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização.
d) deverá estar referenciada à um CAPS e operar junto à rede de atenção à saúde mental
e) ser egresso de Hospital Psiquiátrico e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

33. Em relação a um Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad) é correto afirmar que:
a) é indicado para municípios com mais de 200 mil habitantes , que já ofereçam atendimento especializado , como o CAPSad
b) Os principais objetivos são o atendimento de casos de urgência/emergência relacionados ao álcool e outras drogas (síndrome de abstinência, overdose , etc.)
c) redução de internações em hospitais psiquiátricos
d) as alternativas A e B estão corretas.
e) as alternativas A, B e C estão corretas.

34. Em relação ao CAPS é incorreto afirmar que:
a) devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico.
b) diferenciam-se pelo porte , capacidade de atendimento e clientela atendida.
c) organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios e nº de hospitais.
d) o CAPS I é direcionado a populações entre 20.000 a 70.000 pessoas.
e) é previsto o acolhimento noturno com internações curtas , de algumas horas a no máximo 7 dias.

35. Em relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos , é correto afirmar que:
a) são destinados a cuidar dos portadores de transtornos mentais , egressos de internações psiquiátricas de curta permanência e que não possuam suporte social e laços familiares
b) constituem uma modalidade assistencial complementar da internação psiquiátrica prolongada
c) devem viabilizar a inserção social dos usuários
d) as alternativas B e C estão corretas.
e) as alternativas A e B estão corretas.

36. Qual o tema principal escolhido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental:
a) Saúde Mental e Políticas de Estado : pactuar caminhos intersetoriais
b) Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios

c) Consolidando a rede de atenção psicossocial e fortalecendo os movimentos sociais
d) Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial
e) Cuidar sim , excluir não.

37. Assinale com V as afirmações verdadeiras e com F as falsas em relação ao transtorno esquizofrênico

( ) 1. os medicamentos diminuem os sintomas, porém não são capazes, por si só, de promover sua reintegração familiar e social.
( ) 2. não apresenta delírios e alucinações.
( ) 3. complicações na gestação e parto são considerados fatores de risco.
( ) 4. doença mental grave, que se manifesta em geral no fim da adoles cência ou início da vida adulta e tem um curso crônico, com períodos de crise aguda intercalados com períodos de remissão parcial da sinto matologia.

As alternativas verdadeiras são:
a) 2, 3 e 4.
b) 1, 3 e 4.
c) 1, 2 e 3.
d) 1 e 4.
e) 1, 2, 3 e 4.

38. Assinale com V as afirmações verdadeiras e com F as falsas em relação a Lei n.10.216 :

( ) a internação só poderá se dar quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
( ) os tipos de internação previstos são : voluntária , involuntária e com pulsória.
( ) ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração.
( ) ter garantia da divulgação nas informações prestadas.
( ) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde , consentâneo às suas necessidades.
( ) receber informações a respeito de sua doença e de seu tratamento , desde que previsto no regimento da unidade hospitalar.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses acima é :
a) V / V / F / V / F / V.
b) F / F / V / F / V / V.
c) V / V / V / F / V / F.
d) F / F / V / F / F / F.
e) F / V / V / F / F / F.

39. Observe:

I Em nossa vida existem períodos de transição que são períodos críticos previsíveis, como o nascimento, a entrada na escola, a adolescência, o casamento , a velhice e a aposentadoria.
II A maneira como as pessoas passam pelas diversas etapas na vida, é auxiliado quando tem o apoio da família e dos amigos.
III A adolescência é o período menos crítico ao longo da vida, pois já não

mostram significativas alterações fisiológicas e tem mais segurança para tomar decisões.
IV Quando a satisfação das necessidades básicas é ameaçada (perda de emprego ou morte de um familiar), um indivíduo pode entrar em crise.

Estão corretas:
a) as opções I, II, III e IV.
b) as opções II, III e IV.
c) as opções I e II.
d) as opções I e III.
e) as opções I e IV.

40. Entre os fatores de risco para a esquizofrenia, estão:
a) hipertensão arterial e diabetes
b) obesidade e hipertireoidismo.
c) rejeição, falta de limites e indiferença afetiva dos pais.
d) complicações da gestação e no parto.
e) as alternativas C e D estão corretas.

41. Um aspecto importante da Reforma Psiquiátrica Brasileira proposto em relação às práticas terapêuticas é:
a) um tratamento que mantenha o paciente na comunidade, habitando o social como um recurso terapêutico.
b) uso da rede social como um instrumento de aceitação da diferença.
c) utilização do medicamento como única solução ao sofrimento psíquico.
d) as alternativas A e B estão corretas
e) as alternativas A, B e C estão corretas.

42. Na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a criação dos CECCOS (Centros de Convivência e Cooperativa) e CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) permitiram:
a) que o sujeito tivesse a possibilidade de se expressar tanto por meio da linguagem verbal como a partir da não verbal (trabalhos de pintura, desenhos, cerâmica, artesanato, etc.)
b) uma importante estratégia de aceitação das diferenças.
c) ao usuário construir outras referências com o mundo, assumindo o compromisso de integração do sujeito com a comunidade.
d) as alternativas A, B e C estão corretas.
e) as alternativas A e B estão corretas.

43. Os transtornos de ansiedade são distúrbios relacionados a uma resposta de medo ou ansiedade aliviada em uma situação em que não é necessária, mais fortemente do que o necessário, ou durante um período mais prolongado do que o necessário, tendo como sintomas psicológicos a:
a) irritabilidade e dificuldade de concentração.
b) fadiga, tensão muscular, cefaléias e dificuldade em dormir bem.
c) preocupação e tensão crônicas e exageradas.
d) as alternativas A e C estão corretas.
e) as alternativas A, B e C estão corretas.

44. Assinale com V as afirmações verdadeiras e com F as falsas em relação aos Transtornos de Personalidade Anti-Social:

( ) Não apresenta delírios e alucinações.
( ) Não há grave interferência com os testes da realidade. De modo geral, deseja conscientemente ficar bom.
( ) Geralmente necessitam hospitalização.
( ) É também conhecida como distúrbio do comportamento ou personalidade psicopática.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses acima é :

a) V / V / F / V.
b) F / F / V / F.
c) V / F / F / V.
d) F / F / V / F.
e) F / V / V / F.

45. Faz (em) parte das linhas gerais da Política Nacional de Saúde Mental:

a) ampliação do acesso ao atendimento e desinstitucionalização
b) formação de R.H. para a Reforma Psiquiátrica
c) promoção dos direitos de usuários e familiares e integração intersetorial
d) aumento da rede hospitalar e diminuição dos CAPS
e) as alternativas A, B e C estão corretas

46. Os momentos de crise que ocorrem nos chamados distúrbios psicóticos são chamados de:

a) histeria
b) depressão
c) crise convulsiva
d) surto
e) crise conversiva

47. Leia com atenção as afirmações a seguir e depois selecione as corretas:

I -Em um transtorno mental podem estar presentes vários sinais e sintomas ao mesmo tempo, assim como um mesmo sintoma pode pertencer a quadros psíquicos diversos.
II -Não é importante para o técnico em reabilitação de dependentes químicos engajado na saúde mental ter melhor compreensão dos termos usados pelo restante da equipe.
III -Os sinais e sintomas precisam ser observados e registrados por toda a equipe que atende o paciente a fim de manter uma avaliação dinâmica dele e ajustar o tratamento sempre que se faça necessário.
IV -Agir terapeuticamente é sempre um aliado do cliente. A não aceitação de uma atitude sua não significa não aceitação de sua pessoa.

Estão corretas:

a) as opções I, II, III e IV.
b) as opções II, III e IV.
c) as opções I e II.

d) as opções I e III.
e) as opções I e IV.

48. Observe:
I -Quando a pessoa não consegue mais lidar razoavelmente com seus conflitos ou satisfazer suas necessidades básicas de maneira socialmente adequada, quando fracassa no contato com os outros e seu sofrimento aumenta, pode ocorrer transtorno mental.
II -Os transtornos mentais não são doenças como as outras. Apesar de poder apresentar sintomas físicos, não são eles que predominam; tais transtornos se apresentam principalmente na maneira de perceber, pensar, sentir e agir da pessoa.
III -Os transtornos mentais ocorrem em todas as classes sociais, porém o sentido que cada pessoa vai dar a essa experiência varia de acordo com suas referências, com sua biografia.
IV -Agir terapeuticamente é sempre um aliado do cliente. A não aceitação de uma atitude sua não significa não aceitação de sua pessoa.

Mediante análise das afirmações acima podemos dizer que estão corretas:
a) as opções I, II, III e IV.
b) as opções II, III e IV.
c) as opções I e II.
d) as opções I e III.
e) as opções I e IV.

49. Em relação aos Centros de Convivência e cultura é incorreto afirmar que:
a) são equipamentos assistenciais e realizam atendimento médico ou terapêutico.
b) são dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental.
c) oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade , produção cultural e intervenção na cidade.
d) oferecem espaço de articulação com a vida cotidiana e a cultura.
e) está previsto no Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2011) do Ministério da Saúde.

50. Observe:
I - Não há um modelo de saúde mental. É importante aceitar as diferenças e a singularidade. Cada pessoa tem seu jeito de viver seus mecanismos para resolver as dificuldades e não nos cabe, do exterior, julgar se uma maneira é melhor ou pior do que a outra.

II - Na perspectiva do processo saúde-doença mental, ninguém é inteiramente sadio ou inteiramente doente. A pessoa pode pender mais para um lado ou para o outro em um dado momento da vida.

III - Existem pessoas com transtornos mentais e de comportamento, e grande parte delas pode ser recuperada. Porém, se forem submetidas à discrimi-

nação, à marginalização, à internação prolongada e inadequada, tornam-se doentes crônicos, talvez irrecuperáveis.

IV - O paciente com transtornos mentais e de comportamento deve ser considerado integralmente, levando em conta tanto os aspectos afetados quanto às áreas sadias que ele conserva. Essas áreas devem ser valorizadas e estimuladas para que as pessoas encontrem maneiras de viver que lhes tragam maior satisfação.

Conforme afirmações acima, estão corretas:

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

Currículo do professor-autor

Antônio Carlos Schwiderski

Graduado em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Mestre em Gestão da Informação pela Universidade Estadual de Londrina-Paraná

Especialista em Administração Hospitalar, Administração e Gerência de Serviços de Saúde e Enfermagem do Trabalho.

Atuou por oito anos como docente nas disciplinas de Neuroanatomia e Saúde Mental na Universidade Tuiuti do Paraná, foi também docente durante dois anos nas disciplinas de Anatomofisiologia do Sistema Nervoso e Saúde Mental na Universidade Uniandrade-PR

Trabalhou no IPE-Instituto de Previdência e Assistência Médica do Estado do Paraná e atualmente trabalha como Enfermeiro Assistencial na área de dependência química.

Atua como professor de Graduação nas disciplinas de Anatomia e de Saúde Mental nas Faculdades Santa Cruz e FAPAR.

Docente no IFET-PR EaD.