



Ministério da Educação

Promoção da Saúde Mental

Maircon Rasley Gonçalves Araújo

Marajane Alencar Loyola

Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde



**INSTITUTO
FEDERAL**
NORTE DE
MINAS GERAIS

MAIRCON RASLEY GONÇALVES ARAÚJO
MARAJANE ALENCAR LOYOLA

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1ª edição

Montes Claros
Instituto Federal do Norte de Minas Gerais
2014



PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Maircon Rasley Gonçalves Araújo
Marajane Alencar Loyola



Montes Claros-MG
2014

Presidência da República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

Instituto Federal do Norte de Minas Gerais

Reitor

Prof. José Ricardo Martins da Silva

Pró-Reitora de Ensino

Ana Alves Neta

Pró-Reitor de Administração

Edmilson Tadeu Cassani

Pró-Reitor de Extensão

Paulo César Pinheiro de Azevedo

Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

Rogério Mendes Murta

Pró-Reitor de Desenvolvimento Institucional

Alisson Magalhães Castro

Diretor de Educação a Distância

Antônio Carlos Soares Martins

Coordenadora de Ensino

Ramony Maria da Silva Reis Oliveira

Coordenador de Administração e Planejamento

Alessandro Fonseca Câmara

Revisão Editorial

Antônio Carlos Soares Martins
Ramony Maria Silva Reis Oliveira
Rogeanne Patrícia Camelo Gonzaga
Amanda Seixas Murta
Alessandro Fonseca Câmara
Kátia Vanelli L. Guedes Oliveira

Coordenação Pedagógica

Ramony Maria Silva Reis Oliveira

Coordenação Adjunta - Cursos SAT

Maircon Rasley Gonçalves Araújo

Coordenação de Curso

Maria Orminda Santos Oliveira

Coordenação de Tutoria do Curso Técnico em

Agente Comunitário de Saúde

Carlos Eduardo Oliveira

Revisão Linguística

Liliane Pereira Barbosa
Ana Márcia Aquino
Marli Silva Fróes

Equipe Técnica

Alexandre Henrique Alves Silva
Cássia Adriana Matos Santos
Dilson Mesquita Maia
Eduardo Alves Araújo
Silma da Conceição Neves
Solange Martins Brito
Sônia Maria Gonçalves

Coordenação de Produção de Material

Karina Carvalho de Almeida

Coordenação Gráfica e Visual

Leonardo Paiva de Almeida Pacheco

Projeto Gráfico, Capa e Iconografia

Leonardo Paiva de Almeida Pacheco

Editoração Eletrônica

Karina Carvalho de Almeida
Leonardo Paiva de Almeida Pacheco
Tatiane Fernandes Pinheiro

**Elaborada pela Biblioteca “Saul Martins” do IFNMG,
Campus Januária**

A663p

ARAÚJO, Maircon Rasley Gonçalves.

Promoção da Saúde Mental / Maircon Rasley Gonçalves
Araújo; Marajane Alencar Loyola. – Montes Claros, MG: IFNMG
/ Rede e-Tec Brasil, 2014.
151 p.: il.

Inclui referências.
ISBN: 978-85-67611-06-8

1. Saúde Mental. 2. Saúde. 3. Psicologia. I. Instituto Federal do
Norte de Minas Gerais. II. LOYOLA, Marajane Alencar. III.
Título.

CDD: 615.851

ÍCONES INTERATIVOS



Utilizado para sugerir leituras, bibliografias, *sites* e textos para aprofundar os temas discutidos; explicar conceitos e informações.



Utilizado para auxiliar nos estudos; voltar em unidades ou cadernos já estudados; indicar *sites* interessantes para pesquisa; realizar experiências.



Utilizado para definir uma palavra ou expressão do texto.



Utilizado para indicar atividades que auxiliam a compreensão e a avaliação da aprendizagem dos conteúdos discutidos na unidade ou seções do caderno; informar o que deve ser feito com o resultado da atividade, como: enviar ao tutor, postar no fórum de discussão, etc..

SUMÁRIO

<i>Palavra do professor-autor</i>	11
<i>Aula 1 - Conceito de Saúde e Saúde Mental</i>	13
1.1 Introdução	13
1.2 O normal e o patológico	17
1.3 Organização Mundial da Saúde	18
1.4 História da loucura (Foucault)	21
1.5 Interdisciplinaridade na área da saúde	26
1.6 O trabalho em grupo operativo – foco na tarefa	29
<i>Aula 2 - Saúde/Doença Mental</i>	36
2.1 Introdução	36
<i>Aula 3 - Aspectos histórico-culturais e sociopolíticos da psiquiatria</i>	42
<i>Aula 4 - Reforma Psiquiátrica</i>	48
4.1 Introdução	48
4.2 Comunidade terapêutica e Psicoterapia institucional	49
4.3 Psiquiatria de setor e Psiquiatria comunitária	52
4.4 Antipsiquiatria (1950-1960)	56
4.5 Reforma psiquiátrica italiana: Franco Basaglia	59
4.6 Reforma psiquiátrica no Brasil	60

<i>Aula 5 - Espaços substitutivos</i>	70
5.1 Introdução	70
5.2 Unidades Básicas de Saúde (UBS)	70
5.3 Programa Saúde da Família (PSF)	71
5.4 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAMs)	72
5.5 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	74
5.6 Programa de Volta Para Casa	75
5.7 Leitos de Atenção Integral	76
5.8 Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH)	76
5.9 Política de redução progressiva de leitos a partir dos hospitais de grande porte	77
 <i>Aula 6 – Promoção e prevenção em saúde mental</i>	 79
6.1 Introdução	79
6.2 Promoção em saúde mental	81
6.3 Prevenção em saúde mental	82
 <i>Aula 7 – Princípios de comunicação terapêutica</i>	 85
7.1 Introdução	85
7.2 O que é comunicação	85
7.3 Comunicação terapêutica	87
 <i>Aula 8 - Relacionamento terapêutico e atividades terapêuticas grupais</i>	 92
8.1 Introdução	92
8.2 Fases do relacionamento terapêutico (RT)	95
 <i>Aula 9 - Processo de cuidado em saúde mental</i>	 102
9.1 Introdução	102
9.2 Serviços de cuidados em saúde mental disponibilizados na Rede de Assistência à saúde mental	103
 <i>Aula 10 – Saúde mental no contexto familiar</i>	 108
10.1 Introdução	108
10.2 Família	108
10.3 O indivíduo com sofrimento psíquico em contexto familiar	109
10.4 Como trabalhar com família no contexto da saúde mental	111

Aula 11 - Transtornos psíquicos e ações de enfermagem	116
11.1 Introdução	116
11.2 Síndromes psicóticas	117
11.3 Síndromes afetivas ou transtornos do humor (TH)	120

Aula 12 – Prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de substâncias psicoativas	125
12.1 Introdução	125
12.2 Substâncias psicoativas	125
12.1.2.1 Drogas depressoras	126
12.2 Breve história do álcool	130
12.3 Prevenção ao uso de substâncias psicoativas	138
12.4 Tratamento do usuário de substâncias psicoativas	140
12.4.1 Tratamentos psicoterápicos	140

Referências Básicas	146
----------------------------	------------

Currículo dos autores	150
------------------------------	------------

PALAVRA DO PROFESSOR-AUTOR

Caro cursista:

Na disciplina “Promoção da Saúde Mental”, estudaremos sobre Saúde Mental com enfoque na promoção da saúde. Abordaremos desde conceitos de saúde e doença mental que perpassam os aspectos histórico-culturais e sociopolíticos da psiquiatria até as formas de tratamento e reinserção social dos usuários que utilizam os serviços abrangentes por essa área.

Trataremos, inicialmente, dos conceitos de Saúde estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e como esse termo é multifacetado, com estigmas que oscilam entre a questão da normalidade e da doença, percebida como patologizante.

Nesse sentido, será necessário estabelecer uma construção histórico-cultural e sociopolítica da psiquiatria, em que se estabelece o modelo de tratamento e espaços substitutivos de promoção em saúde mental, contemplados pela Lei 10.216/01, que regulamenta a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Abordaremos questões acerca da prevenção, promoção e tratamento em saúde mental, enfocando como vocês, futuros agentes comunitários de saúde, poderão atuar nessas três esferas, exercendo um trabalho colaborativo, de orientação e encaminhamentos adequados na comunidade.

Encerraremos nossa disciplina com o estudo da promoção, prevenção e tratamento de usuários de substâncias psicoativas.

Esperamos que vocês possam explorar, o máximo possível, este material e o tenham como um orientador para a aquisição de novos conhecimentos e a busca de novas formas de atuação. Além disso, que ele seja capaz de instigar em vocês, enquanto profissionais da saúde, a busca por uma formação técnica profissional de qualidade, a qual traga importantes reflexos em sua vida e na das pessoas que por vocês passarem.

Forte abraço a todos e bons estudos.

Os autores

Aula 1 - Conceito de Saúde e Saúde Mental

Objetivo

Nessa aula iremos compreender o conceito de saúde-doença, no contexto da saúde mental.

1.1 Introdução

Os conceitos de saúde-doença, normal e patológico estão sendo muito questionados enquanto instrumentos para a compreensão dos “fenômenos do sofrimento humano e da capacidade de expressarem a realidade dos problemas vivenciados, pois uma situação será a forma como responderemos por ela”. (ZEFERINO *et al*, s/d).

BOX

O processo saúde-doença, reconhecido a partir da posição do observador, aparece como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde. No nível individual, a expressão do processo pode ser, simultaneamente, alteração fisiopatológica, sofrimento e representação (mediada por valores culturais). No nível coletivo, o processo saúde-doença possui uma expressão populacional (demográfica, ecológica), cultural (conjunto de regras) e espacial (organização e disposição). Nas sociedades, esse mesmo processo aparece como problemas de saúde pública, na interface com o Estado, entre particular e público e entre o individual e o coletivo. Estará, assim, sempre na interseção de duas lógicas: a da reprodução da vida e a da lógica da produção econômica.

Fonte: SABROZA, citado por BATISTELA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. s/d.http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2# Acesso 20/10/2014.

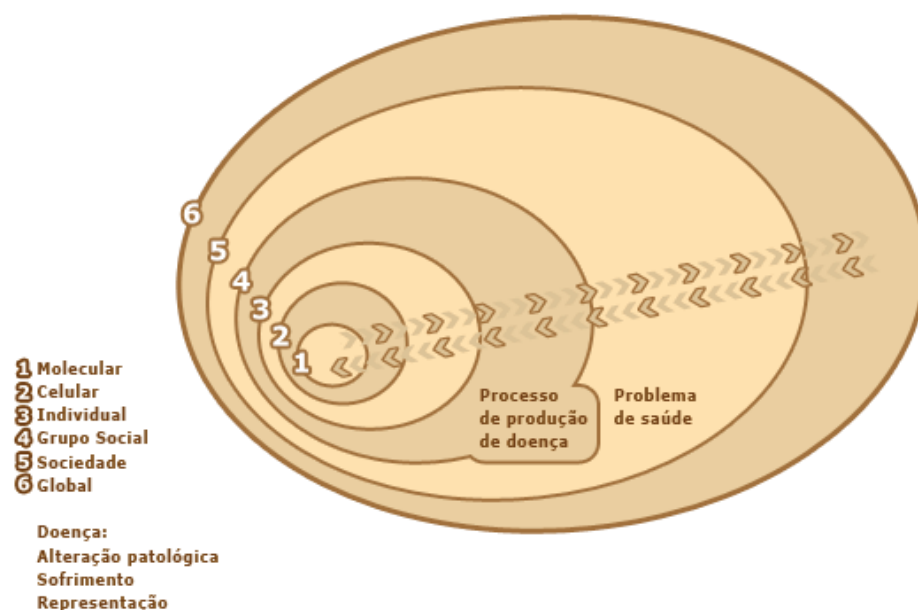


Figura 1: Níveis de organização e processos saúde-doença.

Fonte: SABROZA *apud* BATISTELA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde.s/d.

http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2# acesso 20/10/2014.

O conceito de saúde e o modelo de atenção se expandem para uma atenção que precisa ser pensada para além da doença, indo além dos modos de transmissão e fatores de risco, sendo preciso englobar as necessidades e os determinantes que envolvem as condições de vida e de trabalho dos sujeitos-alvo da atenção.

Para que isso se operacionalize, é preciso mobilizar as equipes de saúde, compostas de todos os níveis, e trabalhadores de outros setores, incorporando tecnologias médicas e sanitárias, bem como conhecimentos e instrumentos fundamentais, tais como os conteúdos de outros campos disciplinares, quais sejam: a educação, a comunicação, a geografia, o planejamento estratégico-situacional, etc., além de formas de organização do trabalho em saúde. É preciso compreender como as complexas relações entre o homem e o seu espaço/território se dão. “É fundamental para a identificação de suas características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, bem como de seus problemas (vulnerabilidades) e potencialidades.” (BATISTELA, s/d).

Diante do novo conceito de saúde, faz-se necessário o domínio de conceitos e de instrumentos advindos de outros campos de conhecimento para a realização do diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população, principalmente por parte do agente comunitário de saúde. É preciso definir com clareza um referencial crítico de abordagem dos fenômenos a se-

rem analisados para que não sejam feitos diagnósticos superficiais que gerem imobilismo, devendo ser a saúde, portanto, vista de forma que envolva a globalidade do sujeito, a partir de seus múltiplos aspectos, ou seja, é necessário “partir de uma perspectiva transdisciplinar, totalizante”. É importante entender que “a saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar”. E ainda compreender e “reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade”. (BATISTELA, s/d).

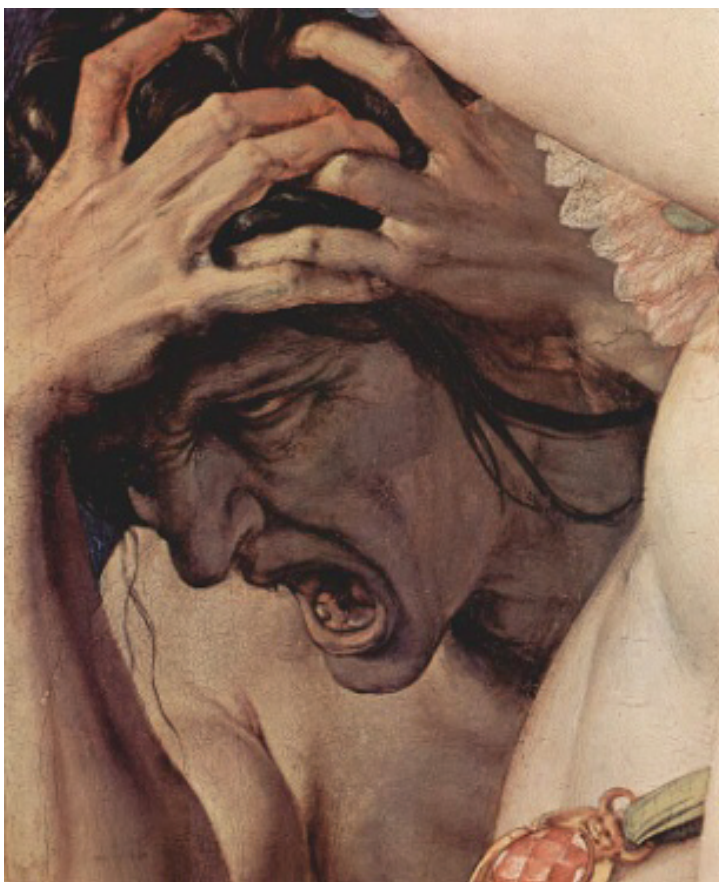


Figura 2: Parte de Alegoria do Triunfo de Vênus, de Agnolo Bronzino.

Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Loucura> - Acesso em 21/10/2014.

Há questionamentos que se tornam pertinentes para a reflexão: “em que medida são retomados os diagnósticos realizados no momento inicial do cadastramento?” e ainda, “Ao privilegiar as fichas de acompanhamento de determinadas morbidades não estaríamos reproduzindo o modelo biomédico?” (BATISTELA, s/d).

A saúde mental é definida de diferentes formas. Os conceitos abrangem vários itens, e a saúde mental é considerada como algo mais que ausência de perturbações.



O modelo biomédico de medicina tem sido, desde meados do século XIX, o modelo predominante, usado por médicos no diagnóstico de doenças. De acordo com o modelo biomédico, a saúde constitui a liberdade de doença, dor, ou defeito, o que torna a condição humana normal “saudável”. O foco do modelo sobre os processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença, não leva em conta o papel dos fatores sociais ou subjetividade do indivíduo. O modelo também ignora o fato de que o diagnóstico do tratamento do paciente é um resultado de negociação entre médico e paciente.

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Modelo_biom%C3%A9dico, acesso em 30/10/2014.

BOX

1. Saúde Mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro.

2. Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda, quando necessário.

3. Os seguintes itens foram identificados como critérios de saúde mental:

- a. Atitudes positivas em relação a si próprio;
- b. Crescimento, desenvolvimento e autorrealização;
- c. Integração e resposta emocional;
- d. Autonomia e autodeterminação;
- e. Percepção apurada da realidade;
- f. Domínio ambiental e competência social.

Fonte: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059> 21/10/2014.

1.2 O normal e o patológico

Discutir sobre o que é e o que não é “normal”, quanto às questões relativas à mente e ao comportamento humano, pode parecer uma questão fácil, mas isso não é nada simples. Quem nunca teve a sensação de que iria enlouquecer? Saber, então, qual o grau de normalidade de um comportamento humano, realmente, não é tão simples assim. Em determinados momentos, o estado de sanidade mental e a loucura são divididos por uma linha muito tênue.

Para Bock (2008, p. 346), o critério de avaliação é o próprio indivíduo e o seu mal-estar psicológico: “Esse indivíduo que sofre pode estar perfeitamente adaptado, continuar respondendo a todas as expectativas sociais e cumprir todas as suas responsabilidades”.

Por outro lado, o critério de adequação social não pode ser usado como critério exclusivo para avaliação do estado mental. A doença mental deve ser considerada como multicausal e produto da interação das condições sociais e da trajetória específica de cada indivíduo (BOCK, 2008).

Para Canguilhem citado por Zeferino (s/d), diz que o conceito de normal e patológico deve ser olhado diante de duas dimensões, apresentadas no Box a seguir:

BOX

O normal e o patológico possuem dimensões qualitativas e subjetivas que se expressam, de forma singular, em cada sujeito. Assim, a relação que cada pessoa estabelece com seu estado e seus sintomas é fundamental na avaliação do processo saúde-doença. Este, por sua vez, não pode ser reduzido a uma classificação objetiva de sinais e sintomas que configuram um quadro patológico pré-determinado.

Fonte: ZEFERINO, Maria Terezinha; SPRICIGO, Jonas Salomão; CARDOSO, Lucilene; SCHERER, Zeyne Alves Pires; GRIGOLO, Tânia Maris; RODRIGUES, Jeferson. Fundamentos históricos e conceituais da saúde mental e atenção psicossocial. Módulo V. Santa Catarina: UFSC, s/d.

Como meio de entender melhor essa relação entre saúde e doença, partimos agora para a compreensão de como o termo “saúde” é entendido, em perspectiva mundial. Para isso, recorreremos à Organização Mundial da Saúde (OMS) e aos conceitos abrangidos por essa instituição.

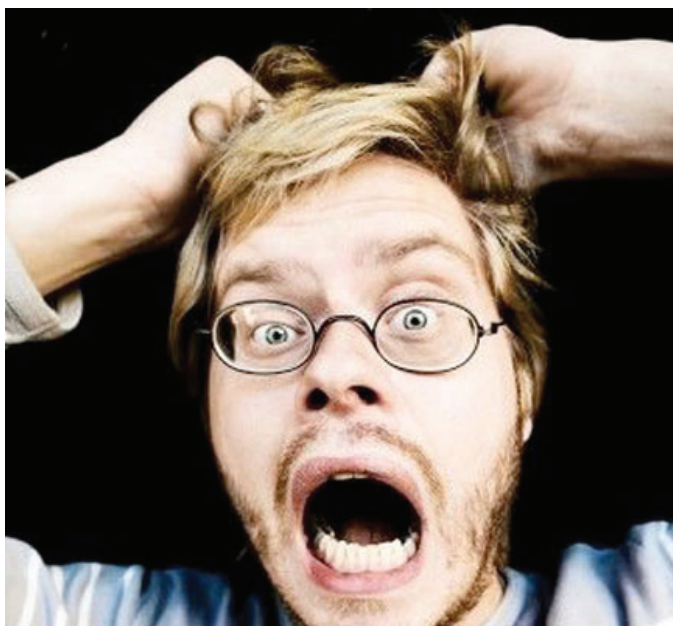


Figura 3: Loucura.

Fonte: Como enlouquecer um redator de publicidade. Disponível em <http://redacaonocafe.wordpress.com/2012/02/17/como-enlouquecer-um-redator-publicitario/>, acesso dia 22 de setembro de 2014.

1.3 Organização Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é um órgão especializado que funciona subordinado à Organização das Nações Unidas (ONU), com o objetivo de melhorar o estado de bem-estar físico, mental e social de todos os povos através de parâmetros dos mais altos padrões possíveis.

O Brasil teve participação significativa, desde a sua fundação, no período pós-guerras, no século XIX, até os dias atuais, nas ações orientadas pela OMS, entendendo-as como muito relevantes.

Quanto ao termo “saúde”, a OMS considera ser a saúde caracterizada pelo completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença, sendo esses aspectos suficientes para avaliar se uma pessoa apresenta-se saudável.

Em contrapartida, alguns autores contradizem esse conceito apresentado pela OMS. Esses afirmam que o completo estado de bem-estar representa uma utopia (FERRAZ, 1997). No caso específico da Psiquiatria, entendemos que o estado de saúde mental é compreendido a partir da perspectiva de uma constituição histórica do entendimento entre o que é tido como noção de “doença mental”. Essa perspectiva será mais bem entendida quando nos reportarmos aos estudos de Michel Foucault sobre a loucura, assunto que veremos na aula 2.



Para saber mais

A OMS proporciona a cooperação técnica a seus membros, na luta contra as doenças e em favor do saneamento, da saúde familiar, da capacitação de trabalhadores na área de saúde, do fortalecimento dos serviços médicos, da formulação de políticas de medicamentos e pesquisa biomédica. A AIDS também tem sido uma prioridade da OMS, que é uma das Agências da ONU a compor o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), criado para combater e pesquisar essa que é a maior epidemia do momento.

Fonte: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/o-que-e-a-oms.html>, acesso em 24 de setembro de 2014.

Existem critérios na avaliação de normalidade e anormalidade, e a adoção de um depende da adoção do outro. Os critérios são: **1) Normalidade como ausência de doença:** seria aquele indivíduo que não apresenta sintomas de nenhum transtorno mental definido. **2) Normalidade ideal:** estabelece-se, arbitrariamente, uma norma do que seria ideal, ou saudável, e espera-se que o indivíduo se adapte a tal idealização, dependendo dos critérios socioculturais e ideológicos. **3) Normalidade estatística:** é identificada uma norma e frequência, com dados estatísticos da população geral. **4) Normalidade como bem-estar:** parte do conceito da OMS de saúde, sendo criticado por ser muito amplo e impreciso. **5) Normalidade como processo:** consideram-se os aspectos dinâmicos e psicossociais, portanto todo o contexto de vida do paciente e não apenas os sintomas. (DALGALARRONDO, 2000).

Temos ainda outros critérios: **6) Normalidade subjetiva:** é dada maior ênfase na percepção subjetiva do indivíduo, em relação ao seu estado de saúde e às suas vivências. O ponto negativo desse critério é que às vezes a pessoa se julga muito bem e pode apresentar um transtorno mental grave. **7) Normalidade como liberdade:** Alguns autores propõem que adoecer mentalmente é perder a liberdade sobre o mundo e sobre a vida. “A doença mental é constrangimento do ser, é fechamento, fossilização das possibilidades existenciais”. **8) Normalidade operacional:** “Define-se a priori o que é normal e patológico e busca-se trabalhar operacionalmente com tais conceitos, aceitando-se as consequências de tal definição previa”. (DALGALARRONDO, 2000, p. 26). Diante desses critérios de normalidade e de doença, percebe-se que elas são variáveis em função dos fenômenos específicos da própria doença mental, da cultura. É preciso, portanto, atentar para o fato de que o trabalho com saúde mental exige do profissional uma postura permanentemente crítica e reflexiva. (DALGALARRONDO, 2000).

BOX

Veja, a seguir, como a música *Balada do Louco*, da banda brasileira *Os Mutantes*, trata a divisão entre loucura e normalidade, quando busca distinguir quem é louco de quem não o seria.

Balada do Louco

*Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz*

*Se eles são bonitos, sou Alain Delon
Se eles são famosos, sou Napoleão
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz*

*Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu*

*Se eles têm três carros, eu posso voar
Se eles rezam muito, eu já estou no céu
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz*

*Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu*

*Sim, sou muito louco, não vou me curar
Já não sou o único que encontrou a paz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, eu sou feliz*

(Os Mutantes)

Fonte: <http://letras.mus.br/mutantes/47541/> acesso em 27/09/2014.

1.4 História da loucura (Foucault)

Michel Foucault realizou pesquisas em que procurou contextualizar o conceito de doença mental, usando como fonte arquivos de prisões, hospitais e hospícios. Ele inicia os estudos a partir do histórico, na época do Renascimento, no século XVI, no período em que os “loucos” viviam como “errantes” e, soltos, eram expulsos das cidades e entregues aos peregrinos e navegantes. Eles eram vistos como “tendo um saber esotérico sobre os homens e o mundo, um saber cósmico que revela verdades secretas”. (BOCK *et al*, 2001, p. 348). As pessoas achavam que eles tinham um saber “esotérico” e a loucura tinha um significado de “ignorância, ilusão, desregramento de conduta, desvio moral, pois o louco toma o erro como verdade, a mentira como realidade”, oposta à razão, que era tida como a instância da verdade e moralidade. (BOCK *et al*, 2001, p. 348).

Na Idade Média e Renascimento, os loucos eram tratados como os demais doentes e recebiam tratamentos como sangrias, purgações, ventosas, banhos. (BOCK *et al*, 2001). Uma das imagens mais expressivas dessa época é a “Nave dos Loucos”, figura 5, que retrata os loucos sendo escorraçados da cidade.



Figura 4 : Navio dos Loucos ou A Nave dos Loucos.

Fonte: A nave dos loucos. Disponível em [http://pt.wikipedia.org/wiki/Navio_dos_Loucos_\(Bosch\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Navio_dos_Loucos_(Bosch)) acesso 24 de set. 2014.

Na Era Clássica, nos séculos XVII e XVIII, definia-se a loucura não a partir de critérios médicos; a igreja, a justiça e a família que atribuíam ao indivíduo tal designação de transgressão e moralidade. Já no final do século XVII, foi criado, em Paris, o Hospital Geral, que era uma instituição assistencial e não médica, não havendo tratamento, o que deu início à “grande internação”. As pessoas eram internadas a partir de 4 categorias: “os devassos (doentes venéreos), os feiticeiros (profanadores), os libertinos e os loucos”. Os loucos não eram vistos como doentes, faziam parte de um conjunto de segregados da sociedade, e a exclusão era baseada na inadequação que tinham à vida social. Nessa época, havia uma busca em se construir um conhecimento com respaldo médico sobre a loucura, mas a medicina da época e o seu método classificatório não conseguiam ampliar o olhar para a complexidade das manifestações da loucura. (BOCK *et al*, 2001).

A partir da segunda metade do século XVIII, a loucura passa a ser situada como algo que ocorria no interior do próprio homem, como se o homem houvesse perdido sua própria natureza e se tornado alienado. No início do século XIX, a chamada Era Moderna, foi criada a primeira instituição exclusiva para a reclusão dos loucos, o asilo. As terapêuticas dos asilos eram “a religião, o medo, a culpa, o trabalho, a vigilância, o julgamento”. (BOCK *et al*, 2001, p. 349). Nessa época, dá-se o início da medicalização, com o médico assumindo o papel de autoridade máxima. “A cura da doença mental – o novo estatuto da loucura – ocorreria a partir de uma liberdade vigiada e no isolamento. Estava preparado o caminho para o surgimento da Psiquiatria”. (BOCK *et al*, 2001, p. 349).

Para a Psiquiatria Clássica, a doença mental era igual à doença cerebral. A doença mental era vista como um distúrbio orgânico de origem endógena, isto é, de dentro do indivíduo. Buscava-se a origem do sintoma no orgânico e para isso localizava-se cada área cerebral, buscando identificar cada função sensorial afetada no cérebro e, a partir disso, eram ministradas medicações e também produtos químicos, eletrochoques, choques insulínicos e, em casos mais graves, internava-se o paciente para administrar medicação controlada e intensiva (BOCK *et al*, 2001).

A psicanálise distingue o que é normal do anormal a partir da avaliação do grau, e não da natureza, ou seja, considera que os indivíduos “normais” e “anormais” possuem as mesmas estruturas da personalidade e de conteúdos, mas, ao serem “ativadas” essas estruturas, elas se tornam responsáveis pelos distúrbios. Freud citado por Bock (2001) nomeou as estruturas da personalidade de neuróticas e psicóticas, usando a terminologia da Psiquiatria Clássica do século XIX, e, assim, classificou os quadros clínicos da seguinte forma:

BOX

Neurose — “os sintomas (distúrbios do comportamento, das ideias ou dos sentimentos) são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem suas raízes na história infantil do indivíduo”.

As neuroses podem ser subdivididas em:

- Neurose obsessiva - esse tipo de conflito psíquico leva a comportamentos compulsivos (por exemplo, lavar a mão com frequência não usual); ter ideias obsedantes, por exemplo, de que alguém pode estar perseguindo-o e, ao mesmo tempo, ocorre uma luta contra esses pensamentos, além de dúvidas quanto ao que faz ou fez.
- Neurose fóbica ou histeria de angústia - a angústia é fixada, de modo mais ou menos estável, num objeto exterior, isto é, o sintoma central é a fobia, o medo. Medo de altura, medo de animais, medo de ficar sozinho, etc.
- Neurose histérica ou histeria de conversão - o conflito psíquico simboliza-se nos sintomas corporais de modo ocasional, isto é, como crises. Por exemplo, crise de choro com teatralidade, ou sintomas que se apresentam de modo duradouro, como a paralisia de um membro, a úlcera, etc.

Todas as formas de manifestação da neurose têm sua origem na vida infantil, mesmo quando se manifestam mais tarde, desencadeadas por vivências, situações conflitivas, etc. Nos dois últimos tipos apresentados, a neurose está associada a conflitos infantis de ordem sexual.

A esses tipos de neurose, deve-se acrescentar a neurose traumática, em que os sintomas — pensar obsessivamente no acontecimento traumatizante, ter perturbações do sono, etc. — aparecem após um choque emotivo do indivíduo, ligado a uma experiência em que ele correu risco de vida. Mas, mesmo nesse caso, existiria, segundo Freud, uma predisposição, isto é, o traumatismo desencadeou uma estrutura neurótica preexistente.

Fonte: (BOCK et al, 2001, p. 351 e 352).

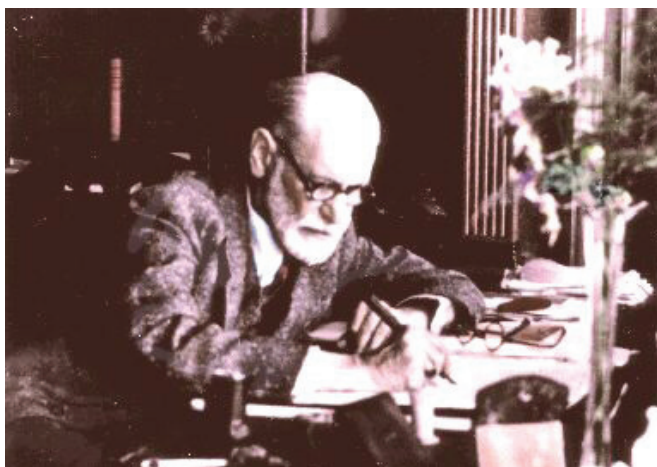


Figura 5: Freud

Fonte: Notas sobre um caso de neurose obsessiva.

Disponível em <http://www.baratosdaribeiro.com.br/clubedaleitura/2011/10/03/notas-sobre-um-caso-de-neurose-obsessiva-o-homem-dos-ratos-por-sigmund-freud/> acesso em 28/09/2014.

BOX

Ainda sobre os quadros clínicos

Psicose - é o termo usado até meados do século XIX para se referir, de modo geral, à doença mental. Para a Psicanálise, refere-se a uma perturbação intensa do indivíduo, na relação com a realidade. Na psicose, acontece uma ruptura entre o ego e a realidade, ficando o ego sob domínio do id, isto é, dos impulsos. Posteriormente, na evolução da doença, o ego reconstrói a realidade de acordo com os desejos do id.

As psicoses subdividem-se em:

- **Paranoia**- é uma psicose que se caracteriza por um delírio mais ou menos sistematizado, articulado sobre um ou vários temas. Não existe deterioração da capacidade intelectual. Aqui, incluem-se os delírios de perseguição, de grandeza.
- **Esquizofrenia** - caracteriza-se por afastamento da realidade: o indivíduo entra num processo de centramento em si mesmo, no seu mundo interior, ficando, progressivamente, entregue às próprias fantasias. Manifesta incoerência ou desagregação do pensamento, das ações e da afetividade. Os delírios são acentuados e mal sistematizados. A característica fundamental da esquizofrenia é ser um quadro progressivo, que leva a uma deterioração intelectual e afetiva.

Promoção da Saúde Mental

• **Mania e melancolia ou psicose maníaco-depressiva** – caracteriza-se pela oscilação entre o estado de extrema euforia (mania) e estados depressivos (melancolia). Na depressão, o indivíduo pode negar-se ao contato com o outro, não se preocupa com cuidados pessoais (higiene, apresentação pessoal) e pode até mesmo, em casos mais graves, buscar o suicídio.

Fonte: BOCK *et al*, 2001, p. 351 e 352.

Já a abordagem psicológica entende os sintomas da doença mental como uma desorganização da personalidade do indivíduo. “A doença instala-se na personalidade e leva a uma alteração de sua estrutura ou a um desvio progressivo em seu desenvolvimento”. (BOCK *et al*, 2001). Assim, a doença mental é entendida a partir do grau de perturbação da personalidade, ou seja, será avaliado o grau de perturbação da personalidade a partir de um grau de desvio do que é considerado como um padrão ou como uma personalidade normal. Dessa forma, a psicose é considerada como distúrbio da personalidade total, que envolve o aspecto afetivo, da percepção de si, do pensamento e do mundo. Já as neuroses, referem-se a distúrbios de partes da personalidade em que a capacidade de pensamento e de estabelecer relações afetivas do indivíduo permanece íntegra, mas a sua relação com o mundo encontra-se alterada (BOCK *et al*, 2001).

BOX

Para compreender Michel Foucault:

Há trinta anos, morria o filósofo-ativista que se recusou ao papel de líder, mas estimulava que se transgredissem “verdades” fabricadas e eternizadas pelo poder.

Por Bruno Lorenzatto— *publicado 25/06/2014 16:44, última modificação 26/06/2014 12:43*

Há trinta anos, em junho de 1984, morria, em Paris, Michel Foucault. Um pensador do século XX que inventou certo modo radical de pensar, que atravessa este início de século: suas reflexões permanecem fundamentais para os movimentos de contestação política e social; para todos aqueles que desejam “saber como e até onde seria possível pensar de modo diferente”.

Foucault participou teórica e praticamente dos movimentos sociais que poderíamos chamar de vanguarda de seu tempo, sobretudo durante as décadas de

sessenta e setenta: a luta antimanicomial (sua experiência num hospital psiquiátrico foi uma das motivações que o levou a escrever *História da Loucura*); as revoltas nos presídios franceses (junto com Gilles Deleuze criou o GIP – Grupo de Informação sobre as Prisões, que buscava dar voz aos presos e às outras pessoas diretamente envolvidas no sistema prisional; com base nessa experiência escreveu *Vigiar e Punir*); o movimento gay (uma das motivações para sua *História da Sexualidade*).

Fonte: <http://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/para-compreender-michael-foucault-9711.html> acesso em 23 de set. de 2014.



Figura 6: Michel Foucault

Fonte: Poder – Subjetividade - Saber: diálogos com Foucault disponível em <http://ulbra-to.br/encena/2014/07/03/Poder-Subjetividade-Saber-dialogos-com-Foucault> - Acesso 21/10/2014.

1.5 Interdisciplinaridade na área da saúde

Interdisciplinaridade “é uma estratégia que permite a uma equipe de trabalho estabelecer um diálogo entre diferentes saberes como a psiquiatria, a enfermagem, a psicologia, a terapia ocupacional, a educação física, o serviço social, entre outras” (SCHNEIDER, 2009, p. 404), que proporciona uma abordagem do sujeito na sua integralidade, dentro de seu contexto social, cultural, econômico e político (SCHNEIDER, 2009, p. 404).

As novas práticas de Atenção Psicossocial vêm transformando as práticas e o conhecimento no campo da saúde mental, buscando superar o modelo de atenção psiquiátrico pautado no entendimento da loucura como “doença mental” e de que o hospital psiquiátrico seria o único lugar para o tratamento. A partir dessa nova forma de pensar o modo de atenção psicossocial, a equipe de saúde mental passa a ter como objeto de cuidado o sujeito em sofrimento psíquico e a sua relação com o social. Diante disso, as ações dos profissio-

nais da área precisam privilegiar a saúde mental, voltando suas ações para “a promoção da saúde, da cidadania e da reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico” (SCHNEIDER et al, 2009).

A interdisciplinaridade ajuda os profissionais a manterem uma noção de conjunto, fundamental para a construção de estratégias articuladas, conforme apresentado no Box a seguir:

BOX

O trabalho interdisciplinar em saúde mental é uma importante estratégia para que o processo de desinstitucionalização seja efetivo. Com isso, busca-se a superação do modelo asilar, por meio da constituição de uma rede de serviços substitutivos. Respeitada a dinâmica própria de cada serviço, o cotidiano de trabalho das equipes é um importante espaço de debate, no qual podem emergir conflitos, tensões, sensos, dissensos e negociações entre os profissionais de diferentes categorias de profissões.

Fonte: Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3), p. 400.

O objetivo da prática interdisciplinar é propiciar aos usuários um conjunto de profissionais com práticas diversificadas, de forma que as práticas sejam orientadas em um mesmo sentido, mediante a interação e compartilhamento de conhecimento técnico-científico próprio de cada disciplina. O importante é que os profissionais integrem seus saberes articulando os conhecimentos específicos à sua prática cotidiana, com vistas a um projeto comum que aproxime as disciplinas, em que haja respeito mútuo pelas particularidades de cada profissão e o reconhecimento desta complementaridade (SCHNEIDER, 2009):

Na busca pela superação do modelo médico-psiquiátrico e pela construção de um modelo de atenção psicossocial, tem-se exigido dos profissionais de saúde mental novas habilidades e competências que não estão postas no exercício cotidiano da formação ou, quando presentes, estão inseridas de forma fragmentada nos currículos. A formação profissional ainda encontra dificuldades para preparar os profissionais para exercerem um trabalho interdisciplinar, assim, percebe-se que a construção de um trabalho com tais peculiaridades depende, principalmente, do interesse e da disponibilidade dos profissionais inseridos nos serviços de saúde. A adoção de uma postura de trabalho conduzida no âmbito da interdisciplinaridade implica no estabelecimento de

relações horizontalizadas, com os usuários do serviço e entre os próprios profissionais da equipe, com o intuito de dissolver a centralidade e hierarquização do conhecimento e das práticas. (SCHNEIDER, 2009, p. 400).

A partir do encontro de diversos saberes, o profissional terá maiores chances de “pensar e construir estratégias de ações coletivas para a resolução de problemas no campo da atenção em saúde mental”. Dessa forma, um trabalho interdisciplinar pode contribuir para a reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários. Essa integração de saberes permite um olhar sobre o usuário, voltado para a integralidade do cuidado, pois lança mão de diferentes conhecimentos e recursos para um atendimento abrangente, de acordo com as necessidades dos usuários. (SCHNEIDER, 2009, p. 400).

O trabalho interdisciplinar requer um trabalho efetivo da equipe e “não a presença de profissionais de diferentes disciplinas”. Tal trabalho requer a conquista de um espaço que demanda do profissional de saúde “paciência, persistência, autoconfiança, disposição, interlocução, humildade para reconhecer os próprios limites e ousadia para promover avanços”. Trata-se de um trabalho bastante complexo, pois, “junto ao sujeito em sofrimento psíquico, os profissionais reconhecem que o fazer de uma categoria é insuficiente, sendo necessário, portanto, a mobilização de outras para compor o fazer da equipe junto aos sujeitos”. (SCHNEIDER, 2009, p. 400).

Cada profissional precisa aceitar que sua disciplina tem limitações e reconhecer que as diversas dimensões do sujeito só são possíveis de serem atendidas por mais campos do saber. “Nesse sentido, a interdisciplinaridade acontece a partir da aceitação de que um saber específico jamais abrange a multidimensionalidade do sujeito em sofrimento psíquico”; a conexão de novos saberes promove o estreitamento entre diferentes campos do conhecimento, o que favorece o avanço do conhecimento. “No trabalho interdisciplinar os profissionais continuam a realizar as ações que lhes são próprias, mas também executam aquelas que são comuns a todos, implicando aí a utilização de diferentes estratégias e a integração dos diferentes saberes (SCHNEIDER, 2009, p. 401).

No trabalho interdisciplinar, há algumas atribuições que são específicas a cada profissão, porém há atividades que são desempenhadas por todos os profissionais da equipe de saúde mental como, por exemplo, acolhimento, estímulo para atividades da vida cotidiana dos usuários, incentivo à construção da autonomia, defesa da cidadania. Todas essas atividades podem ser desenvolvidas de maneira interdisciplinar, criativa e individualizada. A interdisciplinaridade possibilita, ainda, o compartilhamento de opiniões, experiências e percepções diante de situações do cotidiano de trabalho, pois há uma constante troca de perspectivas diferentes em relação aos saberes e fazeres, propiciando o surgimento de inovações (SCHNEIDER, 2009).

As discussões dos casos fazem parte da prática, a fim de que a equipe possa construir as intervenções e compor o plano terapêutico que “é personalizado, isto é, é pensado e construído para atender às necessidades de reabilitação psicossocial de um dado sujeito em sofrimento psíquico [...] e deve envolver o sujeito em sofrimento psíquico e sua família”. Na equipe “os membros [...] enfatizam que entre eles há uma relação de apoio diante de dificuldades, sejam elas pessoais ou profissionais. Salientam que frequentemente o trabalho em saúde mental apresenta dificuldades para ser conduzido (SCHNEIDER, 2009, p. 402).

1.6 O trabalho em grupo operativo – foco na tarefa

Pichon-Rivière postulou que o grupo operativo funciona a partir de um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes, que se reúnem em torno de uma tarefa específica ou objetivo comum. Cada participante, com suas particularidades, irá expressar suas opiniões e seus pontos de vista. O grupo operativo irá se caracterizar pela relação que os participantes mantêm com a tarefa, ou seja, “o processo terapêutico do qual o grupo operativo é instrumento consiste na diminuição dos medos básicos através da centralização na tarefa do grupo que promove o estabelecimento das dificuldades de cada integrante aos obstáculos” (FISCHMANN, 1997).

O grupo operativo, portanto, é um modo de intervenção, de organização e de resolução de problemas grupais. É baseado na teoria do vínculo de Pichon-Rivière. Através de sua aplicação, é possível acompanhar, durante a realização de tarefas, e avaliar “o campo das fantasias e simbolismos encobertos nas relações pessoais e organizacionais dos seus diferentes membros” (BOCK *et al*, 2001).

“Todo grupo operativo é terapêutico, mas nem todo grupo terapêutico é operativo”. É considerado terapêutico todo grupo que, a partir de uma tarefa, é capaz de “esclarecer dificuldades individuais, romper estereótipos e possibilitar identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo” (BOCK *et al*, 2001) e que ainda auxilia o indivíduo a buscar condições de enfrentar e resolver seus problemas.



Para saber mais

Pichon-Rivière define o grupo como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si. Coerente com essa definição, sua teoria sobre grupo dá grande importância aos vínculos sociais, que são a base para os processos de comunicação e aprendizagem, uma vez que o sujeito – como sujeito social – se constitui na relação com o outro.

Fonte: AFONSO, Lúcia. Oficinas de dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.

Para Pichon-Rivière, o grupo se une em torno de uma “tarefa”, de forma consciente, e também por uma dimensão do “afeto”, pois, em todo grupo, acontecem níveis de atividade mental. Um nível é racional e lógico, conectado à tarefa e o outro é carregado de emoção, ligado à dinâmica psíquica dos participantes através de suas fantasias, medos e demandas. O trabalho com o grupo busca a integração de duas dimensões: “a verticalidade, que se refere à história de cada participante, e que o leva a uma ritualização emocional no grupo e a um processo transferencial”; a outra dimensão é a “horizontalidade, que se refere ao ‘campo grupal’, consciente e inconsciente, que vai sendo modificado pela ação e interação dos membros. (AFONSO, 2002, p. 23).

A instrumentalização do processo do grupo operativo passa fundamentalmente pela diminuição dos medos básicos, como o fortalecimento do Eu e uma adaptação ativa à realidade. Proporciona-se, como tarefa do grupo, a construção de um ECRO (Esquema conceitual, referencial e operativo), que é uma condição necessária para propiciar a comunicação e a realização da tarefa. “A tarefa depende, portanto, do campo operativo do grupo: sua percepção, interação, linguagem”. (AFONSO, 2002, p. 23).

BOX

No processo de grupo, há os momentos da pré-tarefa, tarefa e projeto. A pré-tarefa é o momento em que predominam mecanismos da dissociação, com finalidade de defesa dos sentimentos de culpa e ambivalência, da situação depressiva básica, dificuldades de tolerância, frustração e postergação. A tarefa é o momento em que se rompe a estereotipia e se elabora a pré-tarefa, avançando na elaboração de seu objetivo. Nesse momento, alcança-se maior operatividade e criatividade, podendo-se sistematizar objetivos e realizar tarefas propostas e/ou novas. No momento do projeto, uma vez alcançado um nível de operatividade, o grupo pode se planejar. Em seu “projeto”, o grupo vai se tornando mais consciente e flexível quanto aos seus papéis, centrando-se no rompimento de estereótipos e modificação de vínculos internos e externos. Centra-se no campo grupal. Cada indivíduo, ao se expressar, é porta-voz de uma dimensão ou especificidade do campo grupal.

Fonte: AFONSO, Lúcia. Oficinas de dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.

Todo grupo apresenta ambivalências, regressão, dispersão, diante da constante demanda de sustentar o próprio processo e refletir sobre ele e isso significa que o grupo precisa estar se reorganizando e se recriando, num processo dinâmico.

mico. Pichon-Rivière apresenta uma concepção de espiral dialética, relativa aos momentos do grupo, o que seria dizer que, diante da situação grupal (o ‘existente’), uma “interpretação” é gerada e resultaria em uma desestruturação e, a seguir, o grupo daria uma resposta, tentando se transformar, a fim de dar conta de seu processo, passando a uma reestruturação, a partir de uma nova situação (‘emergente’). Cada etapa abrange e supera a anterior. Essa espiral dialética abarca todo o processo grupal, afiliação/pertença, comunicação, cooperação, tele, aprendizagem e pertinência. (AFONSO, 2002).

A afiliação e pertença significam o grau de respeito e identificação dos membros entre si e com a tarefa, sendo básicas para o desenvolvimento dos outros processos. A cooperação é a ajuda mútua e acontece através do desempenho de diferentes papéis e funções. A comunicação é o processo que leva em conta as redes de comunicação no grupo, contendo possibilidades e entraves. A aprendizagem pressupõe o desenvolvimento e a capacidade de criar alternativas, indo além de incorporar informações. A tele é caracterizada pela disposição positiva ou negativa dos membros do grupo entre si e refere-se às relações no grupo e como estas são percebidas e vividas. A pertinência envolve a produtividade do grupo e a sua capacidade de centrar-se nos seus objetivos, de forma coerente com seus outros processos. Todos esses aspectos do processo grupal são interconectados e interatuam, num processo constante e dialético (AFONSO, 2002).

Os grupos operativos abrangem quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos.

1.6.1 Grupos ensino-aprendizagem

O ponto básico do grupo de ensino-aprendizagem é o de que é essencial “aprender a aprender”. É um grupo que busca levar orientações em saúde para clientes, famílias e comunidade, em pontos importantes da saúde. Pode ser realizado em grupos fechados ou abertos e por um determinado período. Esse tipo de grupo permite o uso de dinâmicas, jogos educativos e grupo focal, “que estimulam discussões sobre assuntos que os familiares e os clientes ficariam intimidados para abordar em grandes grupos”. Proporciona e aumenta a adesão ao tratamento em longo prazo (AFONSO, 2002; STEFANELLI *et al*, 2008).

1.6.2 Grupos institucionais

São grupos promovidos dentro das instituições, com o objetivo de debater e encontrar uma ideologia comum para uma adequada formação humanística. São formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seu interesse. (ZIMERMAN, 2008; BRASIL, 2013).

1.6.3 Grupos comunitários

O grupo comunitário tem sido muito usado na saúde mental. Técnicos de diferentes áreas podem coordenar, com relativa facilidade, e ser bem treinados para a tarefa de integração e incentivo às capacidades positivas, desde que não ultrapassem sua área de atuação. O grupo comunitário trabalha com o sofrimento universal, chamado de “violência social”, e que acomete a todos os que vivem nas áreas menos desenvolvidas de algumas cidades. Trabalha com o “humano”, com o psicossocial, com a participação comunitária. (ZIMMERMAN, 1997; CELIA, 2008).

BOX

Participação comunitária envolve um grupo de pessoas que se reúnem em busca de algo comum, que tem a ver com seus desejos, suas necessidades, para exercerem e viverem melhor seu estado de cidadania, sua qualidade de vida. Dessa reunião, desse encontro de ideias, valores e cultura, nasce uma força que deriva da própria emergência de seus potenciais, pois, não fosse assim, essas famílias desfavorecidas não conseguiriam sobreviver. Produz-se uma “energia social” que é o somatório das participações individuais e que, quando bem direcionada, deixa esses grupos mais “ego-resilientes”, pois conseguem se situar melhor e se adaptar nas suas interações.

Fonte: CELIA, Salvador in ZIMMERMAN, David E. e OSORIO, Luiz Carlos *et al.* Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 103.

1.6.4 Grupos terapêuticos

Os grupos terapêuticos visam a uma melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja no plano orgânico, que seja no psiquismo, ou em ambos, ao mesmo tempo. Nem tudo que acontece no grupo fica limitado à busca e à resolução de conflitos. O ser humano tem uma tendência natural para “querer saber, criar, brincar, curtir prazeres e lazeres, e também filosofar”; enfim, quer saber qual seu papel e sua participação, onde quer que esteja inserido (ZIMMERMAN, 1997, p 118).

Os principais fatores que operam para que haja a ação, coesão, harmonia e integração de um grupo, com o objetivo de crescimento mental (conforme a finalidade do grupo e possibilidades curativas) são:

Setting: combinação de regras e normas em que, mesmo havendo flexibilidade, precisa-se cumpri-las ao máximo, indo além de regras normativas. Através do *setting*, é estabelecida a delimitação hierárquica entre os membros, sendo feito o acolhimento de todos.

Continente: a palavra deriva de *continieri*, que significa “conter”, em latim. Desde que nasce, o ser humano necessita que um cuidador exerça a função de acolher, reter, durante algum tempo, além de decodificar e dar um significado, um sentido e um nome às experiências emocionais vividas pela criança. É sentir-se fazendo parte, sentir-se acolhido pelo grupo e não somente pelo coordenador do grupo.

Modelo de identificação: o coordenador do grupo e os membros do grupo servirão como modelos de identificação, a partir da função “continente”.

Função de espelho: o campo grupal funciona como uma “galeria de espelhos”, por meio da qual cada um irá se identificar de forma projetiva e introjetiva. É uma forma pela qual cada um, através da ação terapêutica do grupo, mira-se e reflete-se no outro e, especialmente, se reconhece como espelho do outro, em aspectos que estão negados em si próprios.

Socialização: oportuniza aos indivíduos uma interação menos egoística e menos defensiva, propiciando a interação, mesmo após o término do grupo.

Comunicação: o grupo proporciona trabalhar as falhas comunicacionais e as dificuldades de escuta. É preciso que o coordenador do grupo dê especial atenção à forma como os membros do grupo se comunicam (verbal e nãoverbal) e, através de um clima acolhedor, possa apontar e proporcionar momentos de diálogo e escuta verdadeiros.

Intervenções do grupoterapeuta: além da escuta no grupo, o coordenador também fará intervenções através de perguntas, assinalamentos de contradições, reflexões mais aprofundadas, intervenções dirigidas às funções do ego consciente dos pacientes (pensar as experiências emocionais), etc.

Papéis: dentro do grupo, todo indivíduo está sujeito a uma ordem de determinações internas e desconhecidas, como se fossem papéis assumidos no grupo, sob a forma de mandamentos, proibições, expectativas, crenças ilusórias e papéis a serem cumpridos.

Possibilidade para reparações: a solidariedade entre os membros do grupo constitui-se como um agente terapêutico, nas terapias grupais. Proporciona aos membros oportunidade de reparação e o auxílio aos companheiros de grupo, de forma parceira e contagiante.

Função psicanalítica da personalidade: essa pulsão deve ser resgatada em muitos indivíduos, pois consiste em estabelecer conexões e correlações entre

realidade e fantasia, consciente e inconsciente, fatos presentes e passados, pensamentos e sentimentos, o que leva o indivíduo a refletir sobre suas questões internas para, depois, refletir sobre as ações exteriores.

Atributos do grupoterapeuta: o grupoterapeuta ou coordenador do grupo, por si só, torna-se um agente terapêutico fundamental nos grupos. Precisa desenvolver habilidades como gostar de trabalhar com grupo, “ser verdadeiro, ter empatia, funcionar como continente, saber comunicar, ter senso de humor, não ter medo de se envolver afetivamente – sem, no entanto, ficar envolvido, ter capacidade de juízo crítico”, etc. (ZIMERMAN, 1997, p.125).

Para a constituição e funcionamento dos grupos terapêuticos, alguns aspectos precisam ser observados, a fim de serem os objetivos alcançados. Destacam-se: **a) função de coordenação:** é a função de facilitação do processo grupal, de intermediador no desenvolvimento da tarefa, de forma adequada e sem se tornar o foco das atenções. Funciona também como observador do que acontece no grupo e promove a compreensão desses acontecimentos. O coordenador precisa avaliar constantemente as necessidades dos integrantes do grupo, utilizando técnicas e estratégias necessárias para seu bom funcionamento; **b) a estrutura do grupo pode ser organizada de formas diferentes**, pois cada grupo funciona de forma diferente. Eles podem ser constituídos por pessoas com diferentes diagnósticos e/ou demandas, intermediários (combinação de características dos integrantes) e homogêneos (reunidos segundo seus diagnósticos ou outro critério geral); **c) a dinâmica e funcionamento que se estabelece, se os grupos serão abertos**, onde admite-se a entrada de novos integrantes a qualquer momento ou a partir da desistência de algum membro, ou fechados, quando não é permitida a entrada de novos membros, mesmo que haja desistência de membros (ZIMERMAN, 1997).

Os grupos terapêuticos são excelentes instrumentos de trabalho, e seu adequado emprego apresenta resultados positivos, no campo da saúde mental.

Resumo:

Nessa aula, você aprendeu que:

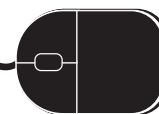
- o conceito de normal e patológico tem uma vertente subjetiva e precisa ser analisado de forma muito particular.
- a OMS considera que saúde é caracterizada pelo completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença.
- Michel Foucault realizou pesquisas em que procurou contextualizar o conceito de doença mental e usou como fonte arquivos de prisões, hospitais e hospícios.

- o conceito de loucura sofreu várias alterações, ao longo do tempo.
- a abordagem psicológica entende os sintomas da doença mental como uma desorganização da personalidade do indivíduo.
- a interdisciplinaridade é uma estratégia que permite um trabalho em equipe, com um “diálogo” entre diferentes saberes.
- o grupo operativo se caracteriza pela relação que os participantes mantêm com a tarefa, sendo um modo de intervenção, de organização e de resolução de problemas grupais.

Glossário **ABC**

Endógena: aquilo que parte do interior para o exterior.

Atividade



1. A partir da música “Balada do louco” (Os Mutantes), discuta sobre os estados de “normalidade” e “patologia”.
2. Assista ao filme “Bicho de 7 cabeças” e faça um paralelo entre ele e a história da loucura.

Aula 2 - Saúde/Doença Mental

Objetivo

Nessa aula, iremos observar que, para se compreender um ser humano, é preciso que se compreenda a sua complexidade, como um ser inserido em um contexto social.

2.1 Introdução

Falaremos agora sobre a importância de se compreender o ser humano dentro de um contexto cultural, mas que, ao mesmo tempo, precisa ser visto diante de um olhar micro, na sua individualidade, e diante de um olhar macro, de acordo com as relações sociais que estabelece com seu meio, dele também recebendo influências.

Para que possamos cuidar de pessoas com sofrimento mental, precisamos superar a visão dualista de homem e construir uma nova significação a partir de um modelo dinâmico, complexo e não reducionista, a fim de orientar nossa prática, na área da saúde. Precisamos entender que toda pessoa possui uma vida passada, com memórias do que ela viveu e aprendeu e que, através do passado, constrói uma perspectiva de futuro, com expectativas e crenças que irão influenciar sua vida, no presente. Uma pessoa pode apresentar grande sofrimento, por medo de perder essa vida futura, decorrente de algum problema de saúde. Toda pessoa tem uma vida familiar rodeada de papéis, de identidades construídas a partir de sua história familiar, o que dá a ela um sentimento de pertencimento àquela família. Todas as experiências de vida e as histórias de vida constituem uma pessoa. (BRASIL, 2013).

Cada indivíduo possui um mundo cultural e “esse mundo influencia sua saúde, a produção de doenças, define valores, relações de hierarquia, noções de normal e patológico, atitudes consideradas adequadas frente aos problemas da vida e propicia isolamento ou conexão com o mundo”. (BRASIL, 2013, p. 30). Toda pessoa possui direitos, obrigações, possibilidades de agir no mundo e está sempre em relação com outras pessoas. Os problemas na esfera da saúde podem contribuir para que a pessoa se sinta incapaz de ser tratada com seus iguais, em seus direitos. Todos nós temos necessidades de afeto, de sexualidade e vivemos relações de poder, com vários papéis, nos diversos ambientes em que vivemos. (BRASIL, 2013).



Figura 7: Luta antimanicomial.

Fonte: Dia da luta antimanicomial. Disponível em <http://nadamaisquemera.blogspot.com.br/2010/05/dia-da-luta-antimanicomial.html> acesso 21/10/2014.

Qualquer pessoa pode apresentar sofrimento em uma esfera de sua vida privada. Cada pessoa tem uma forma de se relacionar com seu próprio corpo, com a exteriorização de suas emoções, com as formas de ocupar e se relacionar com o mundo. O corpo torna-se, ao mesmo tempo, “dentro e fora de mim”, podendo se tornar fonte de segurança ou de ameaça e medo. Cada um de nós tem uma autoimagem que é a forma como vemos o mundo, o nosso corpo e as pessoas com as quais nos relacionamos. Toda pessoa faz algo, e o que ela produz faz parte dela também, por meio dos hábitos, comportamentos que afetam sua vida e que podem ser influenciados e afetados por problemas de saúde (BRASIL, 2013).

Cada um de nós tem um mundo inconsciente, tem uma narrativa de si e de suas vivências, algo que conecta do que viveu e o que imagina do futuro, em um todo complexo que “faça sentido” para si. Cada um tem a sua visão de vida e de mundo. (BRASIL, 2013).

Cada ser humano tem a sua maneira de ser e de pensar, que é a subjetividade, ou seja:

BOX

A subjetividade é a síntese singular e individual que cada um de nós vai constituindo, conforme vai se desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural; é uma síntese que nos identifica, de um lado, por ser única, e nos iguala, de outro lado, na medida em que os elementos que a constituem são experienciados no campo comum da objetividade social. Essa síntese — a subjetividade — é o mundo de ideias, significados e emoções construídos internamente pelo sujeito, a partir de suas relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica; é, também, fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais.

Fonte: BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p.23.

A pessoa, à medida que vai vivendo, vai interagindo com outras pessoas e sua história vai sendo construída e “formada”, de acordo com seu próprio modo de viver, que é único. Paralelo a isso, as outras esferas sociais influenciam a pessoa, num *continuum* interdependente de influências recíprocas.

BOX

Em suas dinâmicas particulares, [as pessoas] estabelecem relações de complementaridade, de concorrência, de antagonismos, de sinergias, de sincronias e dissincronias, de mútua alimentação, de saprofitismos, parasitismos, etc. O todo dessas esferas e todas as suas relações compõem o que chamamos de uma pessoa, que pode se apresentar dos modos mais distintos e aparentemente incongruentes ou incoerentes, mas a estabilidade fluida dessas esferas que giram e rodam umas sobre as outras, constituindo um sistema aberto, nos dá a sensação de identidade. A identidade é vivida e percebida pela preservação de um conjunto de correlações entre tais esferas, que, embora estejam em constante movimento, tende a manter um conjunto mais ou menos regular de correlações entre si, o que explica porque sentimos que somos os mesmos, embora saibamos que nos transformamos a cada dia.

Fonte: BRASIL, 2013, p. 31.

Então, é diante dessa pessoa, que é um ser bastante complexo, que surgem os fenômenos nomeados de doenças. A doença surge a partir de uma nova esfera, no conjunto de uma pessoa já preexistente. Aqui iremos deixar um pouco de lado as questões causais e as redes de determinações das doenças. O sofrimento do indivíduo precisa ser visto a partir de uma perspectiva multidimensional e sistêmica, a qual foi proposta por Cassell, para que possamos entender o sofrimento de uma pessoa partindo da compreensão de uma vivência de ameaça da ruptura da unidade/identidade da pessoa. Tendo como ponto de partida esse olhar, poderemos compreender que o sofrimento psíquico pode “adquirir maior inteligibilidade e estratégias de ação mais racionais” e mais abrangentes, o que requer uma atenção do profissional da saúde, que deve estar atento às diversas dimensões que o sujeito apresenta. (BRASIL, 2013).

Ao se compreender a complexidade da pessoa que sofre, torna-se necessário dar atenção, por meio de uma abordagem integral, ao que está provocando adoecimento ou o que está prestes a causar adoecimento no indivíduo. “Poderemos então elaborar estratégias de intervenção em algumas ou várias dessas esferas, dentro de uma sequência temporal, e buscando reintroduzir uma dinâmica de dissipação das forças entrópicas para reduzir o sofrimento e promover a retomada da vida”. (BRASIL, 2013, p. 33).

Glossário **ABC**

Forças entrópicas: são denominadas como forças internas.

A experiência do sofrimento psíquico de um indivíduo não pode ser reduzida aos sintomas e, nem mesmo, ser patologizada; ela é parte do humano e da vida, é algo complexo, é algo subjetivo e, ao mesmo tempo, concreto e relacional, na experiência do sofrimento. A experiência do sofrimento psíquico grave é complexa e ultrapassa uma descrição pura da psicopatologia, exigindo do profissional “um olhar voltado para a dimensão subjetiva de todas as enfermidades e, (...) para o sofrimento psíquico, (...) desde os mais comuns até os mais graves, privilegiando o cuidado comunitário e a inserção social para que se possa trabalhar em Rede”. (ZEFERINO et al, S/D, p. 43).

O termo transtorno mental vem de uma base biomédica, em substituição ao termo doença mental. “Esta substituição, ocorrida nas últimas décadas, aponta para a inexistência de uma base anátomo-patológica no transtorno mental, caracterizado, então, por um distúrbio funcional do cérebro-mente”. (ZEFERINO et al, S/D, p. 43). Tal mudança favoreceu a ampliação de um número ainda maior de categorias de transtornos.

**Para saber mais**

Para aprofundar no tema, leia a cartilha “Direito à Saúde Mental”, disponível no site: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/. Acesso 10/10/2014.

Resumo

Nessa aula, você aprendeu que:

- cada indivíduo tem as suas particularidades e é um indivíduo único.
- subjetividade é a maneira de ser e de pensar que cada ser humano possui.
- o sofrimento do indivíduo precisa ser visto a partir de uma perspectiva multidimensional e sistêmica.
- a experiência do sofrimento psíquico de um indivíduo não pode ser reduzida aos sintomas e, nem mesmo, ser patologizada; ela é parte do humano e da vida, é algo complexo, é algo subjetivo e, ao mesmo tempo, concreto e relacional, na experiência do sofrimento.

Dica

Caro cursista, sugerimos a leitura da obra de Machado de Assis, *O Alienista*. No livro o autor faz uma crítica irônica sobre o entendimento do que é considerado “normal” e “patológico”. É muito interessante a maneira como é tratada a loucura e como os quadros de patologias são reportados nesse clássico da literatura brasileira.

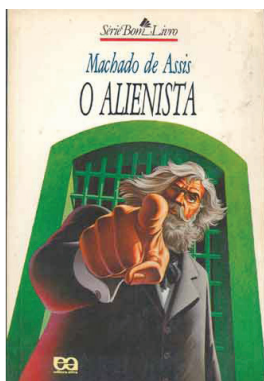


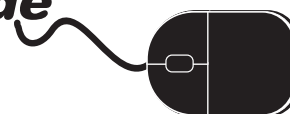
Figura 8: O Alienista

Fonte: *O Alienista*. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/O_Alienista, acesso em 04 de setembro de 2014.

Promoção da Saúde Mental

Simão Bacamarte é o protagonista que decide enveredar-se pelo campo da psiquiatria e inicia um estudo sobre a loucura e seus graus, classificando-os. Instalou-se em Itaguaí, onde funda a Casa Verde, um hospício, e abastece-o de cobaias humanas para as suas pesquisas. Passa a internar todas as pessoas da cidade que ele julgue loucas; o vaidoso, o bajulador, a supersticiosa, a indecisa, sendo que na verdade eram apenas comportamentos, às vezes, estranhos. Durante a trama, a opinião das pessoas sobre a Casa Verde irá mudar inúmeras vezes, por vez apoiando Simão Bacamarte, e por vez querendo matá-lo. Tão revolucionária foi essa história que a Casa Verde chega a mudar até a política da cidade.

Atividade



1. Fale, com suas palavras, o que você compreendeu por subjetividade.

Aula 3 - Aspectos histórico-culturais e sociopolíticos da psiquiatria

Objetivo

Conhecer os aspectos histórico-culturais e sociopolíticos da psiquiatria no Brasil, diante de diferentes eventos sociais.

3.1 Introdução

Iremos falar sobre os grandes acontecimentos que impulsionaram o desenvolvimento da psiquiatria e, para isso, iremos abordar o contexto de alguns países.

A palavra Psiquiatria é derivada do grego *psyché*(alma) e *iatria*(tratamento), sendo uma especialidade médica que realiza o diagnóstico e tratamento médico da mente. Estuda os transtornos mentais e os comportamentos. A psiquiatria moderna tem como objetivo a eliminação dos sintomas e a restauração de uma “suposta” normalidade do indivíduo. Mas tais objetivos têm-se mostrado insuficientes no cuidado em saúde mental, pois, nas práticas de atenção psicossocial, o modelo biomédico não responde às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico, nem teórica nem tecnicamente (ZEFERINO *et al*, S/D).

Vamos falar sobre o histórico da psiquiatria, com o intuito de compreender como as mudanças aconteceram. O hospital, no passado, um local de caridade, constituiu-se em um centro de produção do conhecimento médico, sendo tomado pela psiquiatria como base para os estudos da loucura.

Na França, a Revolução Francesa se tornou símbolo de grandes transformações da humanidade e trouxe ideais como “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” em seu bojo, os quais despertaram muitas noções importantes na história da humanidade, tais como cidadania, democracia e república. As leis passaram a ser consideradas princípios éticos e morais definidos pelos próprios homens em vez de serem frutos da vontade do rei ou do medo da ira de Deus. O advento da ciência trouxe novos conceitos positivistas, dando fim a uma era dominada pela verdade de um mundo sobrenatural, mágico e místico. (AMARANTE, 2003b).

No contexto da Revolução Francesa, Philippe Pinel, médico enciclopedista, filósofo e naturalista, foi indicado para ser o reformador do hospital de Bicêtre, em 1793. Nessa época os hospitais ainda eram um misto de instituição de caridade e assistência social (AMARANTE, 2003b).

No hospital, era produzido um conhecimento a partir das estratégias disciplinares; o médico agrupava as doenças, observava no dia a dia, em seu curso e evolução. Dessa forma, o hospital transformou-se em um lugar de classificação das doenças, mas também, pela primeira vez, em um lugar que pretendia obter a cura. (AMARANTE, 2003b).

Esse processo não aconteceu apenas na França, mas também em outros países. Entretanto, com a revolução, a França teve maiores repercussões. Pinel foi considerado o “pai da psiquiatria”, pois foi ele quem organizou o primeiro hospital psiquiátrico moderno e o primeiro livro de psiquiatria, em que encontramos a primeira classificação de doenças mentais da psiquiatria como especialidade da medicina. (AMARANTE, 2003b).

Com a chegada de Pinel no hospital Bicêtre, o hospital passa a ser uma instituição de natureza médica. Antes o hospital era uma instituição de assistência filantrópica e social e abrigava “devassos, prostitutas, delinquentes, venéreos, pobres, desabrigados, doentes em geral e loucos”. (AMARANTE, 2003b, p.11). Pinel implantou uma série de estratégias no hospital como o isolamento do mundo exterior, a constituição da ordem asilar, a relação da autoridade



Figura 9: Camisa de força.

Fonte: Camisa de força. Disponível em <http://www.upf.br/nexjor/?p=14833> acesso 13/10/2014.

Falaremos agora das estratégias implantadas por Pinel. Pinel entendia que, através do isolamento do mundo exterior, poderia se conhecer melhor. Na saúde mental ouvimos muito falar em isolamento, “este princípio foi fun-

damental para todo o processo de transformação do hospital. Pode-se dizer até mesmo que foi muito importante para a criação do hospital psiquiátrico”. (AMARANTE, 2003b, p.12).

O isolamento proporcionou separar e ordenar categorias, com o objetivo de estudar e definir as doenças mentais e, a partir do isolamento, Pinel elaborou o conceito de alienação mental, que usou em seu primeiro livro. (AMARANTE, 2003b).

BOX

Para Pinel, o alienado seria o que se deixa dominar por paixões artificiais, distantes da realidade objetiva. Os impulsos subjetivos determinariam a ação do indivíduo e ele se tornaria assediado pela fantasia, pelas ilusões, pelas ideias distorcidas; ora agressivos e perigosos, ora indiferentes e irresponsáveis, os alienados seriam invariavelmente alheios aos que os cercavam e aos princípios e regras da ordem e da moral.

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 4. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003b, p. 14.

Portanto, para Pinel citado por Amarante (2003b), “a alienação mental seria um distúrbio no equilíbrio das paixões” e seria preciso, para tratar os enfermos, o isolamento. Na medida em que se identificavam as doenças, essas eram agrupadas; tanto em sentido físico os doentes eram separados, como no sentido teórico, em nosografias, ou seja, em classificações. Como consequência da classificação, houve uma reorganização do hospital em enfermarias ou pavilhões, segundo os tipos classificados (mansos, agitados, melancólicos, etc.).(AMARANTE, 2003b).

O entendimento que se tinha era de que, se a alienação mental era um distúrbio das paixões, seria possível tratar o indivíduo reeducando a mente alienada, mas Pinel contraria o pensamento dominante de que todos os tipos de alienação seriam incuráveis. “Curar a alienação mental significava trazer o alienado de volta à realidade; significava controlar seus impulsos e afastar suas ilusões, devaneios e falsas percepções; desenvolver nele a vontade e os desejos” (AMARANTE, 2003b, p. 17).



Figura 10: Pinel desacorrentando as loucas de Bicêtre. Obra de Tony Robert-Fleury .

Fonte: Wikipedia. Disponível em http://en.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel acesso 12/10/2014.

Ao tratamento para reeducação da mente alienada foi dado o nome de “tratamento moral”, que constava de um regime disciplinar do asilo e, também, da prescrição do trabalho (o alienado era incentivado a trabalhar), poderoso remédio contra o delírio, que ajudaria o alienado a sair dos pensamentos falsos e retornar à realidade. Lançava-se mão da imposição do trabalho para que o alienado fosse submetido à disciplina e vigilância como mecanismos fundamentais para sua recuperação. “Na medida em que o hospital deixou de ser um espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. (AMARANTE, 2003b; AMARANTE, 2007 p. 35).

A partir da segunda metade do século XIX e começo do século XX, a maioria dos psiquiatras buscava uma causa orgânica para as doenças psíquicas, com muitos estudos sendo classificados nessa época, como, por exemplo, os de Bleuler, que nomeou a esquizofrenia. Muitos estudos continuaram a ser realizado, na crença de que as causas pudessem ser psicológicas. Nessa época, Freud (1856-1939) se destaca e introduz explicações psicológicas para as doenças mentais e os conflitos inconscientes. Para ele, a maior porção da mente humana está encoberta, nela contendo desejos, medos e conflitos que exercem forte influência sobre o comportamento da pessoa. A partir desses conceitos Freud criou a teoria psicodinâmica ou psicanálise (HOLMES apud ZEFERINO, S/D).

Muitos métodos foram usados na tentativa de curar o doente mental, tais como choque insulínico, em doentes esquizofrênicos, intervenções psicocirúrgicas

(lobotomia frontal, ou seja, retirada de uma parte do cérebro), eletroconvulsoterapia, a qual foi usada pela primeira vez em 1938, com fins terapêuticos. “Em 1952, Jean Delay e Pierre Deniker relataram os efeitos da clorpromazina em doentes psicóticos. Desde então, começou a introdução dos psicofármacos no tratamento das doenças psiquiátricas” (HOLMES apud ZEFERINO, S/D, p. 21).

“Nesse período, o diagnóstico destacou-se em detrimento dos conteúdos subjetivos da esquizofrenia e psicose, culminando na relação da psiquiatria farmacológica com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)” e, no século XX, ocorreram mudanças: “o interesse teórico e clínico desloca-se para a subjetividade do doente, para a sua vida psíquica, que agora não é mais vista como defeituosa, desarranjada, deficitária, com defeito”. A doença mental passou a ser encarada como outro jeito de ser; “não é mais o jeito normal com defeito.”(PESSOTTI, apud ZEFERINO, S/D, p. 21).

A partir desse breve recorte contextual, dá para perceber que a história da loucura está intimamente ligada à psiquiatria, que a institucionalizou como seu objeto de estudo e conhecimento. Porém, é importante destacar que a visão da loucura sofreu mudanças na concepção teórica e nos “cuidados dispensados às pessoas que apresentavam comportamento sociocultural estranho a partir das guerras mundiais”. (ZEFERINO, S/D, p. 21).



Para saber mais



Figura 11: Philippe Pinel.

Fonte: Wikipedia. Disponível em http://en.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel acesso 12/10/2014.

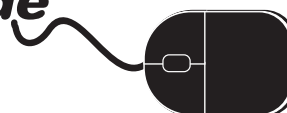
Philippe Pinel (pronúncia francesa: [pinel]; 20 de abril, 1745 - outubro 25 1826) era um médico francês que foi fundamental para o desenvolvimento de uma abordagem psicológica mais humana à guarda e cuidados de pacientes psiquiátricos, conhecido hoje como terapia moral. Ele também fez contribuições notáveis para a classificação dos transtornos mentais e tem sido descrito por alguns como “o pai da psiquiatria moderna”. Uma descrição de 1809 de um caso que Pinel havia gravado na segunda edição de um livro sobre a

loucura é considerada como a mais antiga evidência da existência da forma de distúrbio mental conhecido como demência precoce ou esquizofrenia, no século XX, por alguns.

http://en.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel acesso 12/10/2014.

Consulte o livro FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010. Disponível no link http://monoskop.org/images/1/15/Foucault_Michel_Historia_da_loucura_na_idade_classica.pdf

Atividade



1. Faça um esquema com os principais pontos do histórico da psiquiatria.

Aula 4 - Reforma Psiquiátrica

Objetivo

Compreender como se deu a Reforma Psiquiátrica.

4.1 Introdução

A Reforma Psiquiátrica modificou as práticas de atuação e cuidado com o doente mental, promovendo o resgate da capacidade de o sujeito ser inserido socialmente.

Segundo Amarante (2003c, p. 26), o momento denominado como Reforma Psiquiátrica, que reunia iniciativas de modificação das práticas psiquiátricas, pode ser dividido em três grandes grupos. São eles: 1) **Comunidade terapêutica e Psicoterapia institucional**, que tinham como propósito abordar a psiquiatria a partir do modelo do hospital psiquiátrico; 2) **Psiquiatria de setor e a Psiquiatria comunitária** (ou Preventiva), que assumem a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento; e 3) **Antipsiquiatria e Psiquiatria democrática italiana**, dirigindo-se o questionamento apresentado por esse grupo à psiquiatria em si, tanto às práticas quanto aos saberes.



Figura 12 : Reforma psiquiátrica.

Fonte: Reforma psiquiátrica no Brasil. Disponível em <http://www.ipub.ufrj.br/portal/institucional/noticias/item/212-semin%C3%A1rio-reforma-psiqui%C3%A1trica-brasileira-10-anos-da-lei-10216> acesso 21/10/2014.

Após a Segunda Guerra Mundial, a humanidade passou a refletir de forma diferente diante de diversos aspectos da vida. Uma área que sofreu grandes modificações foi a psiquiatria, sendo alvo de críticas e de tentativas de superação dos problemas vivenciados. As situações de violência e exclusão vivenciadas durante a guerra proporcionaram uma reflexão sobre a forma como a psiquiatria estava lidando com o sofrimento mental. Os hospitais psiquiátricos chegavam a ser comparados a campos de concentração, “principalmente no que dizia respeito aos aspectos de privação de liberdade e de desrespeito aos direitos humanos” (AMARANTE, 2003c, p.26).

4.2 Comunidade terapêutica e Psicoterapia institucional

O termo “Comunidade terapêutica” foi usado para caracterizar um processo de reformas institucionais restritas ao espaço do hospital psiquiátrico. Essas reformas se deram a partir da adoção de “medidas administrativas e técnicas que enfatizavam aspectos democráticos, participativos e coletivos, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar”. (AMARANTE, 2003c, p.27). O que se buscava era que fosse possível uma relação democrática e intensa de todos os envolvidos (internos, profissionais e administradores). (AMARANTE, 2003c).

BOX

Uma comunidade era entendida como terapêutica porque continha, em si mesma, princípios que levavam a um nivelamento dos papéis de todos os participantes da vida hospitalar no tratamento, não se limitando o poder somente à hierarquia, na instituição. Ou seja, a Comunidade terapêutica buscava romper com a concentração de poder hierárquico, característico das instituições asilares. Em contrapartida, entendia ainda que o próprio ambiente do hospital devesse propiciar oportunidades de [...] “aprendizagem ao vivo”.

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 5. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003c, p. 30.

Essa experiência chamou bastante a atenção da sociedade para a degradante condição que os pacientes viviam nos hospitais psiquiátricos, situação de abandono, maus-tratos, miséria e desassistência, o que era muito próximo das condições de vida dos prisioneiros em um campo de concentração (AMARANTE, 2003c).

A Segunda Guerra Mundial causou grandes impactos na população, danos psicológicos, físicos e sociais e ainda eliminou um grande contingente da população. Paralelo a isso, era importante superar a situação, considerando, além disso, que as questões de ordem econômica estavam muito precárias. Havia a necessidade de recuperar a mão de obra, pois grande parte da população que era produtiva foi dizimada na guerra. As pessoas que eram consideradas improdutivas passaram a ser chamadas para participarem da reconstrução, porém parte dessa parcela da população encontrava-se internada em hospitais psiquiátricos. Além do mais, os hospitais psiquiátricos encontravam-se em extrema precariedade e não cumpriam a função de recuperar os doentes mentais. Ao contrário, passavam a ser considerados os responsáveis pela piora de muitas doenças mentais. (AMARANTE, 2003c).

Havia uma escassez de mão de obra tanto para reconstruir as instituições e cidades dos países acometidos pela guerra como também para cuidar da população. Esse fato possibilitou aos profissionais de saúde a retomada de propostas de reformulação do espaço asilar, até então desvalorizadas. (AMARANTE, 2003c).

Na década de 20, Hermann Simon engajou alguns pacientes para trabalhar na construção de um hospital. A proposta de Hermann Simon teve vários efeitos benéficos para os pacientes, além de conseguir bons resultados na edificação do prédio e no ambiente. Sullivan, outro profissional da saúde mental, também introduziu uma prática no espaço e na dinâmica da instituição asilar, “passando de um enfoque individual para a organização de sistemas grupais, enfocando inclusive a dimensão da inter-relação entre os grupos”. (AMARANTE, 2003c). O trabalho com grupos teve grande importância no tratamento de pacientes mentais, facilitando os processos de ressocialização. (AMARANTE, 2003c).

Maxwell Jones, psiquiatra inglês, organizou os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades. Ele tinha como objetivo o envolvimento do sujeito com o próprio processo de terapia e com o processo dos outros internos que estavam internados. Ele entendia e valorizava que a relação terapêutica não poderia acontecer apenas entre paciente e terapeuta, mas que era importante ao paciente se responsabilizar pelo seu tratamento e participar do tratamento dos outros pacientes. Ele propôs, também, a inclusão da família e da comunidade. Uma de suas preocupações “era estabelecer trocas entre todos os envolvidos, ou seja, entre todos os que desempenhavam uma ‘função terapêutica’.” (AMARANTE, 2003c, p. 30).

BOX

Jones criou as reuniões diárias e as assembleias gerais – atualmente tão conhecidas dos técnicos de saúde mental – que, por exemplo, tinham por intuito dar conta de atividades, participar da administração do hospital, gerir a terapêutica, dinamizar a instituição e a vida das pessoas. O hospital deveria ser constituído de pessoas, doentes e funcionários que executassem, de modo igualitário, as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Todos deveriam participar com igual importância na organização e na estruturação do cotidiano de vida no hospital.

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 5. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003c.

Um dos conceitos-chave da Comunidade terapêutica era a “aprendizagem ao vivo”, ou seja, era basicamente utilizar situações vivenciadas no cotidiano do hospital como forma de ‘treinar’, ‘ensaiar’, formas de agir e de se comportar, preparando o paciente para a vida no mundo fora do hospital. A equipe técnica também compartilhava suas experiências para dialogar com outros pontos de vista diferentes. A nova postura democrática da Comunidade terapêutica era praticada através da “comunicação o mais livre possível entre a equipe técnica e os grupos de pacientes; os momentos privilegiados eram as discussões coletivas”. (AMARANTE, 2003c, p. 31).

A Psicoterapia institucional surgiu na França, com os trabalhos de Tosquelles, no Hospital Saint-Alban. Tosquelles procurou resgatar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, ao ver o hospital como um lugar de tratamento e cura do doente mental, a fim de que esse doente fosse, depois de tratado e curado, devolvido à sociedade. Tosquelles foi influenciado por Simon e, por isso, deu importância ao trabalho dos pacientes. Valorizou a psicanálise no tratamento das psicoses e isso fez com que, inclusive, a Psicoterapia institucional fosse considerada como a introdutora da psicanálise nas instituições psiquiátricas. (AMARANTE, 2003c).

Uma questão importante que a Psicoterapia institucional trouxe foi “considerar que as próprias instituições tinham características doentias e deveriam ser tratadas”. Questionava-se a segregação na instituição psiquiátrica, faziam-se críticas ao poder do médico e à verticalidade das relações intrainstitucionais. A Psicoterapia institucional “buscava romper com a verticalização e o controle autoritário no hospital e não admitia a possibilidade da existência de situações de violência e segregação”. (AMARANTE, 2003c, p. 33).

A Psicoterapia institucional trouxe uma das primeiras iniciativas de espaços de participação e construção coletiva gerida pelos internos. O primeiro deles foi um clube terapêutico que “era uma organização dentro do hospital, gerida por pacientes e técnicos. O clube proporcionava encontros, facilitando as trocas entre seus integrantes. Entre as várias atividades promovidas pelo clube destacavam-se a organização de festas, passeios e os ateliês”. Todos os integrantes do hospital participavam de alguma forma, pois possuíam uma função terapêutica no processo de tratamento. (AMARANTE, 2003c, p. 35).

Concluindo, a Psicoterapia institucional tinha como objetivo maior a terapêutica das relações institucionais e, portanto, voltava-se mais para a instituição e entendia que era impossível tratar um indivíduo inserido dentro de uma estrutura doentia, porém havia uma contradição: ela manteve-se restrita aos limites do hospital psiquiátrico, mas, mesmo assim, a criação de clubes terapêuticos foi muito importante na experiência da Psicoterapia institucional. (AMARANTE, 2003c).

4.3 Psiquiatria de setor e Psiquiatria comunitária

A Psiquiatria de setor teve seu surgimento na França, por volta de 1945, a partir de contraposições de um grupo de psiquiatras que contestavam o fato de a psiquiatria ser usada como instrumento de violência e exclusão, e tinham como proposta disponibilizar novas formas de tratamentos e cura para os doentes mentais. Esse grupo de psiquiatras, entre eles Lucien Bonnafé, considerava a estrutura do hospital alienante e julgava indispensável encontrar outros locais para a atuação da psiquiatria. “Pensou-se, então, em levar a psiquiatria à população em geral, nos locais habituais de convivência. O tratamento se daria no próprio meio social de origem dos pacientes”. (AMARANTE, 2003c, p.39).

Nessa época, não havia a pretensão de extinguir os hospitais psiquiátricos, entretanto os hospitais teriam outro papel no tratamento, tendo em vista que, antes, eram a única opção existente. A Psiquiatria de setor passa a ser uma fase do tratamento. Foi criada uma estratégia de setorização do atendimento. As cidades francesas foram divididas geograficamente, a partir de setores. Cada equipe técnica seria responsável pelo atendimento psiquiátrico da população de determinado setor, sendo responsável pelo acompanhamento dos pacientes, inclusive durante internações, caso acontecessem. O hospital também era subdividido de acordo com os setores onde viviam os pacientes. (AMARANTE, 2003c).

O que os serviços de setor “deveriam proporcionar não apenas o tratamento das doenças mentais, mas também sua prevenção e pós-cura (denominação utilizada na Psiquiatria de setor para designar as terapêuticas de reabilitação e de reinserção social)”. Essa política foi incorporada na França como ofi-

cial, na década de 60, e, a partir daí, o território francês foi dividido em setores geográficos, com cerca de 70 mil habitantes em cada setor. (AMARANTE, 2003c, p. 44).

A Psiquiatria Comunitária ou preventiva surgiu na década de 60, nos Estados Unidos, sendo Gerald Caplan seu maior representante. Com base na Psiquiatria preventiva, trouxe questões como a de que seria possível não apenas tratar as doenças, mas evitá-las, e, também, formar uma comunidade mentalmente sadia. A partir desse pensamento, a psiquiatria substituiu seu objeto de doença mental para a saúde mental, ampliando sua faixa de atuação, que antes era preocupada com a doença mental e, desse momento em diante, a pretensão passou a ser levar saúde mental para toda a comunidade. (AMARANTE, 2003c).

Nos Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial, a mobilização para que a assistência psiquiátrica fosse mais satisfatória voltou a crescer. Em 1946, foi dado o primeiro passo, criando-se o Instituto Nacional de Saúde Mental (National Institute of Mental Health – NIMH). Em 1963, o presidente Kennedy enviou ao Congresso Nacional uma mensagem ressaltando a importância do trabalho comunitário e preventivo, no campo da assistência psiquiátrica. A partir dessa mensagem, o Congresso lançou um projeto de lei que determinava a criação de Centros de Saúde Mental Comunitária. Esse projeto estava inserido num Plano Nacional de Saúde Mental e um dos “objetivos era reduzir os gastos com internação psiquiátrica mediante a criação de dispositivos para prevenir e tratar a doença mental nos serviços comunitários”. (AMARANTE, 2003c, p. 45).

Esse modelo assistencial psiquiátrico preventivista apresentou muitos aspectos inovadores e importantes, porém um fator determinante na aprovação e implantação foi o alto custo da assistência psiquiátrica, em razão da natureza quase que exclusivamente hospitalar. Acreditava-se que tais custos poderiam ser reduzidos com medidas de prevenção das doenças ou com tratamento precoce na comunidade. (AMARANTE, 2003c).

“A comunidade se tornava o alvo prioritário da saúde mental”. (AMARANTE, 2003c, p. 45). Os Centros de Saúde Mental Comunitária iriam inovar, principalmente nos aspectos de prevenção e promoção da saúde mental. Seus principais objetivos eram: promover a saúde mental, prevenir a doença mental, realizar diagnóstico e tratamentos precoces, com reabilitação e reintegração social. Uma grande inovação, também, foi a implantação de equipes multidisciplinares, compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. A intersetorialidade também foi uma inovação, havendo uma articulação e integração de outros setores da sociedade, tais como educação, assistência social, polícia, igrejas, etc. (AMARANTE, 2003c).

Como um dos objetivos da Psiquiatria preventiva era prevenir a doença mental, era preciso pensar estratégias para reconhecer qualquer possibilidade de

distúrbio, antes de seu surgimento. Considerava-se que as doenças mentais poderiam ser prevenidas ou detectadas precocemente; levando-se em conta que os doentes somente procuravam o serviço de saúde ou o médico quando estavam doentes, seria preciso sair às ruas em busca de “suspeitos”. Tal busca passou a ser feita através de questionários distribuídos à população, em uma metodologia de triagem, com perguntas sobre vários aspectos da vida, e o resultado indicaria possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico. (AMARANTE, 2003c).

A aplicação desses questionários criou um “clima” na sociedade e a “busca por suspeitos” passou a fazer parte das formas de relação entre os indivíduos. Algumas pessoas absorveram as características adotadas pelos questionários e passaram a construir seus próprios “instrumentos” de observação dos seus amigos, vizinhos, familiares, todos os que conviviam entre si. O clima de suspeita instaurou novos mecanismos de controle social. (AMARANTE, 2003c).

Caplan usou os conceitos de saúde pública e adaptou o modelo da História Natural da Doença, de Leavell e Clark, para explicar a doença mental. No modelo de Leavell e Clark, a proposta é que, para haver o surgimento de uma doença, é preciso existir um agente patogênico associado a um hospedeiro (o ser humano), em um meio ambiente com determinadas características. A prevenção seria possível a partir do momento em que houvesse uma intervenção em algum dos aspectos envolvidos: agente patogênico, ser humano, meio ambiente. “Esse modelo foi adaptado à saúde mental englobando todos os níveis de prevenção”. (AMARANTE, 2003c, p. 49).

Caplan desenvolveu três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária teria como objetivos promover o estado de sanidade mental na população e evitar o surgimento de novos casos, portanto iria promover e prevenir. Já a prevenção secundária, tinha como objetivo proporcionar a criação de estratégias para diagnosticar precocemente as enfermidades e propiciar o tratamento adequado, o mais rápido possível, a fim de se evitar o agravamento. A prevenção terciária tinha como objetivo proporcionar estratégias de reabilitação psicossocial para quem já era acometido pela doença mental e possuía um histórico de perda ou sequelas advindas do processo de adoecimento. (AMARANTE, 2003c).

BOX

Para possibilitar a construção de um modelo que evitasse os episódios de doença mental, seria indispensável saber quais os fatores que influenciavam o estado de saúde mental de uma população. Fundamentado no modelo socio-

lógico da “adaptação-desadaptação” (como critério de distinção do normal e do patológico, no qual entendia-se o comportamento socialmente inadaptado como sinônimo de comportamento eventualmente inadequado), pressupunha-se que a doença mental seria consequência de um processo de inadaptação ou desajustamento. Retomando-se o equilíbrio, seria alcançada a adaptação e o ajustamento e, enfim, a saúde mental.

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 5. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003c, p. 50 e 51.

Caplan considerava que não existia apenas uma causa para explicar o fenômeno da doença mental, o que demandou a construção de um modelo para explicar o surgimento da doença mental. A explicação foi fundamentada no conceito de crise, a partir dos fatores que influenciavam a saúde mental, provocando repercussões que poderiam gerar a doença. “As crises poderiam ser vitais ou acidentais”. As vitais seriam aquelas inerentes ao ser humano (gravidez, adolescência, menopausa, etc.); as acidentais seriam as imprevistas, provocadas por situações inesperadas como demissão, perda de um emprego, divórcio, perda de um ente querido, etc. Para Caplan, “as crises seriam um dos fatores patogênicos causadores de doença mental” e, aliados a esses fatores, existiriam os fatores biológicos, psicossociais e socioculturais dos indivíduos, os quais poderiam agir de forma gradual e processual, na geração de doença mental. (AMARANTE, 2003c, p. 51).

A crise era considerada como um período transitório, podendo haver possibilidade de se tornar um momento de crescimento ou capaz de gerar distúrbio para o indivíduo. Se a crise iria gerar crescimento ou distúrbio, iria depender da capacidade do indivíduo de resolver problemas e da sua vulnerabilidade. A compreensão dos fatores que poderiam determinar uma crise facilitava a intervenção e poderia tornar mais provável o caminho do crescimento pessoal, reduzindo-se a possibilidade do surgimento de uma doença mental. (AMARANTE, 2003c).

A reforma preventivista objetivava contrapor-se ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos e oferecia alternativas à hospitalização, como medida de redução de internações, tendo também como ação tirar do médico a exclusividade das decisões e das atitudes terapêuticas, fazendo com que a equipe participasse dessa importante atitude. Contava com a participação de outros profissionais em grupos reflexivos, operativos, de escuta, entre outros, ou ainda com atendimentos por Equipes Multidisciplinares. (AMARANTE, 2003c).

4.4 Antipsiquiatria (1950-1960)

A Antipsiquiatria surgiu a partir de críticas e contestações radicais ao saber e às instituições psiquiátricas, entre o fim da década de 50 e início da década de 60, por um grupo de psiquiatras ingleses. Sua origem foi a psicoterapia institucional, mas foi além desta, não se limitando a melhorias nas instituições psiquiátricas, ao ter como objetivo extinguir os manicômios e eliminar a própria ideia de doença mental. Os principais representantes foram David Cooper, Ronald Laing, Aaron Esterson, Thomas Szasz, Gregory Bateson e Franco Basaglia. (AMARANTE, 2003c).

“A antipsiquiatria vê a doença entre os homens e não dentro do homem”. (AMARANTE, 2003c, p. 61). Antipsiquiatria não é apenas sinônimo de “contra a psiquiatria”, é algo muito mais complexo; “para Laing, tornava-se fundamental exercer uma crítica à psiquiatria e à ordem social e familiar, por intermédio de uma política de subversão ideológica e da busca de estruturas marginais, paralelas, livres”. (AMARANTE, 2003c, p. 61). Ele compreendia a loucura como um fato social, político e “até mesmo uma experiência positiva de libertação; uma reação a um desequilíbrio familiar”, e usava o termo familiar para indicar algo nas relações familiares, e não algo hereditário. A Antipsiquiatria compreendia a loucura, mais especificamente a esquizofrenia, um fato social, denunciador de uma desordem dentro do núcleo familiar. “Na perspectiva antipsiquiátrica, a família se tornou uma categoria central para a compreensão da loucura”. (ZEFERINO, S/D; AMARANTE, 2003c, p. 61).

BOX

O hospital psiquiátrico reproduziria a estrutura social e, por conseguinte, também as características patogênicas da própria família. O mesmo jogo de relações estaria presente nas duas situações: muitas vezes, médicos, enfermeiros e psicólogos representariam papéis semelhantes aos de membros da estrutura familiar. Assim, a loucura de um membro da família não poderia ser abordada como fato isolado, mas como reflexo de uma estrutura familiar, abordagem esta inspirada na Teoria da Lógica das Comunicações, desenvolvida pelo grupo norte-americano de Palo Alto. Essa teoria forneceu também um conceito muito significativo para a antipsiquiatria, o conceito de duplo vínculo, que estaria na origem do processo esquizofrênico. Trata-se do exercício de uma forma de relação que se expressaria através de “duplas mensagens” entre os membros de uma família.

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 5. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003c, p. 61.

Glossário **ABC**

Duplo vínculo: comunicação contraditória em que são expressos comportamentos de afeto e agressão, simultaneamente, e as pessoas estão fortemente envolvidas emocionalmente, não conseguindo se desvincular umas das outras.

A antipsiquiatria entendia a esquizofrenia como uma expressão do sujeito, em suas relações com o ambiente social, manifestada de uma forma contraditória, na comunicação. Uma crise aconteceria quando os atos e a experiência de determinada pessoa fossem invalidados pelas pessoas com as quais ela se relaciona, e seu comportamento destoaria do dos demais. A antipsiquiatria considera que essa pessoa seria “eleita” como “mentalmente doente”. Após a eleição ou identificação, seria confirmado, pela rotulação do sujeito em crise, como “paciente esquizofrênico pelo poder médico e seus agentes”. O modelo das ciências naturais, adotado pela psiquiatria tradicional, ao definir uma vivência de alguém como doença, iria identificar sinais e sintomas e indicar prognóstico e tratamento. Para a antipsiquiatria, o procedimento das ciências naturais causava uma confusão metodológica, pois produzia tentativas paradoxais ao tentar provar eventos quando a “prova” não fizesse sentido. Por exemplo: uma vivência familiar não permite repetição em laboratório, para efeito de prova. (AMARANTE, 2003c).

Cooper propôs um diagrama, com o objetivo de interpretar a questão da loucura, mais especificamente a esquizofrenia:

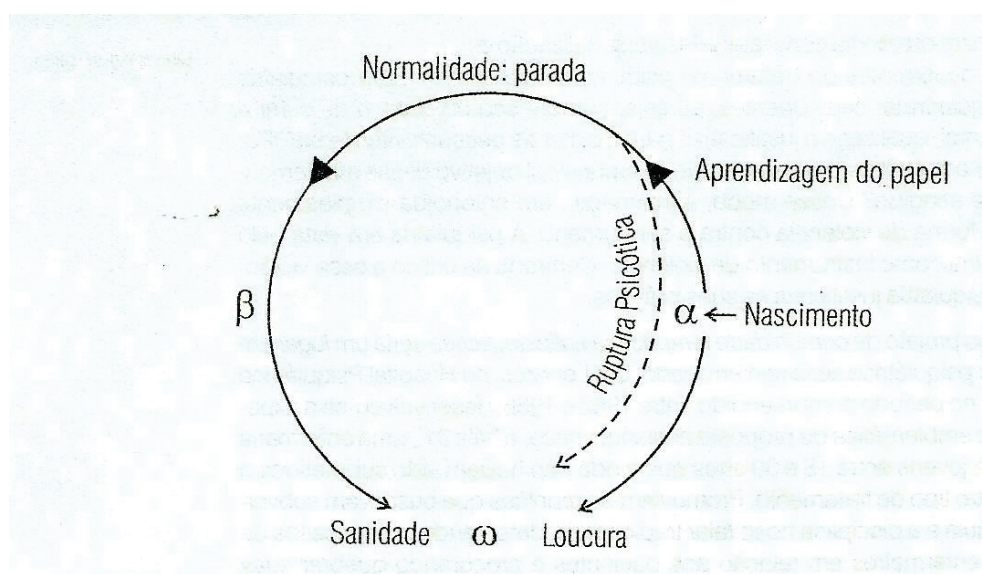


Figura 13: Diagrama de Cooper para interpretação da esquizofrenia.

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 5. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003c, p. 62.

Cooper compreendia que, desde o nascimento, a partir das vivências, a maioria das pessoas evoluiria para o aprendizado social, até atingir uma normalidade social, e nesta a maioria das pessoas ficaria estacionada. No entanto, algumas pessoas regridem ao ponto do que é denominado loucura. Outras pessoas, muito poucas, conseguiriam progredir além do estado estacionário da normalidade e avançariam até outro ponto, a sanidade, mas conseguiriam manter uma “consciência dos critérios de normalidade social”. “Perceba, no diagrama, que a normalidade está praticamente no pólo oposto não apenas da loucura, mas também da sanidade mental. Esta estaria próxima da loucura, mas sempre separada por um ‘hiato de grande importância, uma diferença’.” (AMARANTE, 2003c, p.62).

A proposta de projeto terapêutico da antipsiquiatria era baseada no modelo das comunidades terapêuticas e tinha em vista os pressupostos de democratização das relações institucionais. Essa proposta pretendia combater a institucionalização e a violência decorrentes do tratamento psiquiátrico tradicional. (AMARANTE, 2003c).

Vamos agora ver um esquema geral das modalidades da Reforma Psiquiátrica, o seu objeto, objetivo e lugar de tratamento, conforme apresentado no Quadro 1, a seguir:

QUADRO 1

Modalidade	Objeto	Objetivo	Lugar de tratamento
Psiquiatria Clássica	Doença mental	Curar a doença Remitir os sintomas	O asilo
Comunidade terapêutica	Doença mental	Curar a doença	O asilo
Psicoterapia institucional	A instituição	Tratar a instituição	
Psiquiatria de setor	Saúde mental	Promover a saúde mental	A comunidade
Psiquiatria preventiva		Prevenir a doença mental	
Antipsiquiatria		Democratização das relações	A família As comunidades antipsiquiátricas

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 5. Rio de Janeiro: Fiotec/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003c, p. 64.

4.5 Reforma psiquiátrica italiana: Franco Basaglia

Franco Basaglia foi a mais forte expressão para que houvesse a transformação do modelo psiquiátrico em todo o mundo. Ele foi influenciado por teorias como a fenomenologia, o existencialismo e o marxismo em sua formação humanística e filosófica. Ele “centrou suas reflexões na experiência do indivíduo, na observação dos fenômenos, assim como nas diversas possibilidades de existência”. Ele se recusou a aceitar a hipótese da incompreensibilidade da doença mental e o processo de rotulação e classificação do doente mental. (AMARANTE, 2003c, p. 65).



Figura 14: Franco Basaglia

Fonte: <http://triestemusei.blogspot.com.br/2013/02/franco-basaglia-nella-fotografia.html> acesso 13/10/2014.

Em 1961, Franco Basaglia assume a direção do Hospital de Gorizia e introduz grandes mudanças na vida dos internos, abolindo os métodos coercitivos e violentos de tratamento. Passou a adotar medidas que visavam resgatar a dignidade e os direitos de cidadania. Para efetivar tais medidas, estimulou a participação de médicos, enfermeiros e pacientes, em espaços coletivos como em reuniões, o que proporcionou a entrada da comunidade, em 1962, em um pavilhão do hospital. (AMARANTE, 2003c).

Basaglia adotou os princípios da Comunidade terapêutica e da Psicoterapia institucional no hospital de Gorizia. A proposta inicial era que as mudanças pudessem promover a criação de espaços coletivos para a participação de profissionais e pacientes. Em pouco tempo, ele percebeu a ineficácia dessas medidas, que tinham apenas como objetivos reformar o asilo; tais medidas não conseguiam atingir a questão central, que era a exclusão imposta pela instituição psiquiátrica. Outro ponto que ele percebeu também foi o fato de que a Psicoterapia institucional enfatizava o espaço hospitalar e não abrangia a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos. Ele entendia que tais mudanças foram necessárias para a transformação do hospital psiquiátrico, porém não poderiam ser consideradas como objetivo final ou a resposta técnica ao problema da doença mental. (AMARANTE, 2003c).

A questão principal para Basaglia era a superação do “reformismo psiquiátrico”, ou seja, “a superação do ideal de que para o enfrentamento da doença mental somente existiriam soluções técnicas”. (AMARANTE, 2003c, p. 67). Ele compreendia que nem o saber psiquiátrico nem os técnicos poderiam ser considerados neutros, pois todas as ações e propostas “jamais seriam independentes do contexto social e material no qual interagem”. Esse processo culminou na rejeição da delegação do poder implícito, no saber dos profissionais, ou seja, “de recusa à delegação de poder e controle social imputada aos técnicos pela instituição hospitalar e pela sociedade”. (AMARANTE, 2003c, p. 67).

Basaglia defendeu a liberdade como a mais importante terapia para se lidar com a loucura; “a liberdade é terapêutica quando existe a possibilidade de se relacionar com os outros livremente, fora de espaços institucionais, como o fez contraditoriamente Pinel, ao libertar e aprisionar o louco”. Para ele, a liberdade é terapêutica quando a pessoa pode trabalhar, ganhar seu dinheiro e viver. “Liberdade terapêutica passou a ser um questionamento relativo ao saber psiquiátrico, às formas de tratamento manicomial do louco e da loucura e à discussão sobre os direitos e ao acesso a formas substitutivas de tratamento que ofereçam dignidade à vida humana”. (BASAGLIA, 1979, p. 72; ZEFERINO *et al*, s/d).

4.6 Reforma psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica no Brasil sofreu influências teóricas da experiência liderada por Franco Basaglia, na Itália. As principais características da reforma psiquiátrica brasileira é a busca por ultrapassar o campo da assistência em Saúde Mental, a fim de se tornar um expressivo processo social, no cenário contemporâneo brasileiro. A reforma brasileira buscou não somente tratar adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas buscou garantir um novo espaço social para a loucura, a partir de questionamentos e de transformações nas práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da nossa sociedade. (AMARANTE, 2003a).

BOX

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e 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, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreen-

dida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Fonte: 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, p. 6.

A reforma psiquiátrica buscou intervir no campo das relações da sociedade com a loucura, tendo como objetivo transformar essas relações da sociedade com a loucura, ou seja, através de práticas contra a exclusão, buscou proporcionar a inclusão social dos sujeitos. Os princípios éticos da reforma são: inclusão, solidariedade e cidadania. (AMARANTE, 2003a).

Entende-se por Reforma psiquiátrica um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas, que se intercomunicam e que, ao se retroalimentar, complementam-se. Dessa forma, com essa dinâmica e pluralidade, é, antes de mais nada, um processo, isto é, algo que tem movimento, que não é estático nem tem um fim ótimo. É um processo em construção permanente, porque mudam-se os sujeitos, mudam-se os conceitos, mudam-se as práticas, muda-se a história. (AMARANTE, 2003a).

Assim, é um processo que envolve atores sociais concretos, sujeitos das experiências de transformação. Além do técnico, do familiar, dos demais sujeitos sociais que se envolvem no processo, por compreenderem sua proposta ética, social e política, torna-se ator – protagonista e não objeto da psiquiatria – o próprio indivíduo com transtorno mental. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica envolve dimensões que a fazem se tornar um processo social complexo, devido a suas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

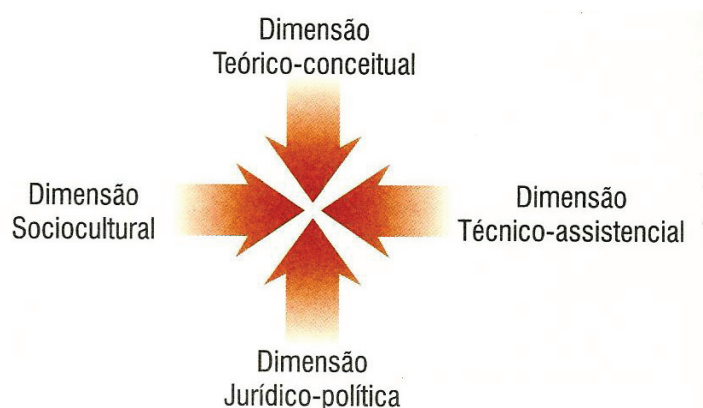


Figura 15: As dimensões da reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo.

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003 a, p 60.

Na dimensão teórico-conceitual, veremos as questões que foram discutidas pela reforma psiquiátrica diante do que era imposto pela psiquiatria. A reforma psiquiátrica questionou os conceitos de doença mental, de normalidade, de cura, de periculosidade, etc., questionando, também, quais seriam as funções terapêuticas do hospital psiquiátrico (também chamado de manicômio) e as relações dos técnicos de saúde, da sociedade com os indivíduos considerados loucos. (AMARANTE, 2003a).

A reforma psiquiátrica propõe a desconstrução das teorias e conceitos da psiquiatria. A psiquiatria entendia a doença mental como seu objeto de análise e intervenção, com a concepção do hospital psiquiátrico como o lugar para tratar e curar (trazer a pessoa à normalidade) a pessoa doente. Inclusive, usou o isolamento do indivíduo para tratar, pois os doentes mentais eram considerados alienados, ou seja, incapazes de escolher, de desejar, de julgar, eram “alienígenas no mundo da razão” (AMARANTE, 2003a; AMARANTE, 2003b, p. 21).

O louco passa a ser visto como um sujeito e, a partir dessa concepção, a psiquiatria passa a ser vista como uma disciplina que poderá contribuir parcialmente para explicar e intervir sobre o fenômeno da loucura. Questões como periculosidade, incapacidade, irresponsabilidade também são discutidas nesse processo de reforma, surgindo novas formas de abordar o indivíduo, novos serviços, novas noções sobre a loucura, as quais levam em consideração a vida humana como algo dinâmico, ou seja, “inventa-se a saúde”, fazendo com que os profissionais reconheçam que, no contato com a loucura, o contato real é com pessoas que passam por crises, que sofrem mentalmente e que precisam de qualidade de vida, devendo-se levar em conta as especificidades de cada sujeito. (AMARANTE, 2003a).

As mudanças ocorridas na dimensão teórico-conceitual produziram grandes efeitos na estrutura técnico-assistencial. A dimensão técnico-assistencial requer planejamento de novas estruturas de assistência que são os novos serviços de atenção psicossocial; requer atendimento às diferentes demandas de tratamento e também requer modelo de atendimento, tipos diferentes de terapia medicamentosa, psicoterápica e de sociabilidade. Portanto, ao se trocar a lógica de tratamento, trocam-se as propostas de assistência. Um dos objetivos da reforma psiquiátrica foi a substituição do modelo de atendimento centrado na hospitalização por um atendimento integrado, que atende o indivíduo no seu domicílio, em seu território. Desse modo, a psiquiatria tradicional “atua sobre a doença e a atenção psicossocial atua sobre o sujeito complexo e intervém nos preconceitos sociais historicamente produzidos sobre a loucura”. (AMARANTE, 2003a, p. 65).

A atenção psicossocial tem como característica a luta pelos direitos dos pacientes e, ainda, busca oportunizar que os pacientes participem dos diferentes espaços da sociedade. Diante dessas mudanças de paradigma, os profissionais precisam atuar com outras áreas, contar com o trabalho de professores de edu-

cação física, artistas de teatro, artistas plásticos, músicos, etc. e também com a participação e implicação da sociedade.

Na dimensão jurídico-política, veremos o quanto os conceitos da psiquiatria tradicional são estigmatizantes e tiram do louco o seu direito de cidadão.

BOX

No modelo da psiquiatria tradicional, o louco não tem voz; sua fala é considerada apenas como sintoma. No espaço manicomial, a pessoa perde a cidadania, perde direitos essenciais, como o de ir e vir, comunicar-se, assumir responsabilidades, trabalhar, etc. Juridicamente, inclusive, o louco é considerado como “inimputável” – não é capaz de responder sobre seus atos –, e “incapaz” e “irresponsável” perante a lei – não tem condições de gerir seus bens nem a própria vida. Esse estatuto jurídico da pessoa considerada louca é um legado da psiquiatria tradicional, impresso nos códigos penal e civil, o qual o processo de Reforma Psiquiátrica vem procurando romper.

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003a, p. 67.

Diante dessa perspectiva de que o louco é incapaz, a família consegue interditar o indivíduo e assume a responsabilidade civil e material. Essas questões são discutidas na reforma, sendo revisto até mesmo o direito de não ser chamado de “paciente”, pois o termo mais adequado é “usuário” ou “cliente” dos serviços, pois implica uma relação contratual entre o indivíduo e o serviço psicossocial, uma vez que essas são pessoas ativas no tratamento. (AMARANTE, 2003a).

A dimensão sociocultural “propõe o deslocamento da loucura do espaço médico e psicológico para os diversos espaços do meio social”. (AMARANTE, 2003^a, p. 67). Busca a transformação do imaginário social em torno da temática loucura/doença mental, que foi construído ao longo dos dois últimos séculos. A reforma psiquiátrica possibilitou a entrada de três segmentos no campo da saúde mental: os técnicos em saúde mental, os usuários e os seus familiares. Tal entrada proporcionou novos rumos para as políticas de saúde mental, favorecendo o protagonismo de usuários e familiares dos usuários dos serviços de saúde mental e a criação de associação de usuários e familiares. Surgem diferentes movimentos de grupos, com gestão ativa dos usuários e familiares, como as cooperativas, outras instituições sem fins lucrativos, programas de televisão e rádio comunitários, entre outros. O usuário passa a ser reconhecido por suas habilidades e por seus diferentes papéis, exercidos na sociedade, passando também a ser valorizado como sujeito de direito. (AMARANTE, 2003a).

A reforma psiquiátrica brasileira teve como marco a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, no ano de 1852, no Rio de Janeiro. Após essa data, outras instituições semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais. A sociedade médica da época solicitava um tratamento baseado nos moldes já praticados na Europa e, dessa forma, a ideologia psiquiátrica no Brasil tendeu para a exclusão, desde o início. (MINAS GERAIS, 2006).

A realidade do fim da década de 50 era a superlotação, a deficiência de pessoal, os maus-tratos, a falta de vestuário e de alimentação, as péssimas condições físicas e cuidados técnicos escassos e automatizados. Tal situação gerou má fama aos hospícios públicos, o que foi a porta de entrada para a iniciativa privada, nessa área. Entre os anos de 1964 e 1970, houve um grande crescimento das clínicas psiquiátricas privadas, em convênio com o poder público, funcionando como um meio de obter lucro fácil, por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais, criando, a partir daí, a “indústria da loucura”. (MINAS GERAIS, 2006).

BOX

No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos, em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados, conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio, em São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras outras alternativas de assistência – mesmo as mais simples, como o atendimento ambulatorial.

Também se estabeleceu a divisão entre uma assistência destinada aos indigentes – recebidos pela rede pública – e outra aos previdenciários e seus dependentes – encaminhados aos hospitais privados conveniados. De qualquer forma, as condições dos hospitais, privados ou públicos, continuavam extremamente precárias. Além disso, o poder público não exercia qualquer controle efetivo que justificasse a qualidade e a duração das internações.

Fonte: MINAS GERAIS, 2006, p. 30.

Na década de 70, surgiram muitas críticas e denúncias. Como movimento dos trabalhadores da área apontando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica no Brasil, surgiram várias propostas de trabalho para que se rompesse com esse trabalho que era estigmatizante. Foi muito importante a interlocução com os movimentos de outros países. Um marco importante foi o III Congresso

Mineiro de Psiquiatria, que aconteceu em Belo Horizonte, em 1979, e contou com a presença de Franco Basaglia e Robert Castel e, ainda, com a participação de usuários, familiares, jornalistas, sindicalistas, o que favoreceu e ampliou a discussão, a qual atingiu a opinião pública de todo o País. (MINAS GERAIS, 2006).

Muitas mudanças ocorreram devido à força que o movimento ganhou. Em 1987, em Bauru, aconteceu o II Encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, no qual os trabalhadores criaram a frase: “Por uma sociedade sem manicômios”, que abriu caminho para a luta antimanicomial. (MINAS GERAIS, 2006).

O movimento acabou crescendo e avançando, com a adesão de novos participantes, sobretudo familiares e usuários do serviço de saúde mental, tornando-se, nos anos 90, um verdadeiro movimento social. Com a pressão do movimento, o Estado brasileiro implementou políticas públicas de Saúde Mental, as quais representaram grandes ganhos na época. (MINAS GERAIS, 2006).

Vários acontecimentos sociais marcaram a reforma psiquiátrica: a Reforma Sanitária Brasileira, a Constituição de 1988, a definição ampliada de saúde, a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a valorização de conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização do cuidado, etc. (MINAS GERAIS, 2006).

Outro ponto muito importante na Reforma Psiquiátrica brasileira foi o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, dando lugar à rede substitutiva. A lógica da segregação e do encarceramento ganhou outro direcionamento. A lógica da Reforma é construir um espaço social no qual a loucura possa encontrar o seu lugar. (MINAS GERAIS, 2006).

No ano de 1989, na cidade de São Paulo, surge o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e dá-se início a um processo de intervenção por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Santos a um hospital psiquiátrico, na Casa de Saúde Anchieta, local onde aconteciam muitos maus-tratos e mortes de pacientes. Foi a partir dessa intervenção que surgiu a possibilidade da implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Foram criados, nesse período, no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento de 24 horas. Foram criadas, também, residências para os egressos do hospital e associações. Essa experiência em Santos foi um marco na reforma psiquiátrica brasileira, foi a primeira demonstração, com grande repercussão, de que a mudança seria possível e necessária. (BRASIL, 2006).

No mesmo ano, houve a entrada, no Congresso Nacional, do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que tinha como proposta a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios, no Brasil. Foi o início da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. “Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual

e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos ‘Conselhos Comunitários de Saúde’.” (BRASIL, 2006, p.7).

Na década de 90, os leitos psiquiátricos começam a ser substituídos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, impulsionados pelos movimentos sociais e pelo Projeto de Lei Paulo Delgado. Na mesma década, entram em vigor as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, a partir do compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e na realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. A implantação dos CAPS e NAPS se dá de forma descontínua, não havendo uma linha instituída, específica, de financiamento destes, nem normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos com precisão e mecanismos sistemáticos de redução de leitos. (BRASIL, 2006).

Em 2001, a Lei Paulo Delgado é sancionada, porém a aprovação é de um substitutivo projeto de Lei original, com modificações importantes no seu texto normativo. Dessa nova forma, a Lei Federal 10.216 “redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios”. Mesmo assim, a lei impôs impulso para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Foi no contexto da promulgação dessa lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, alinhada com as diretrizes da reforma, que esta passa a ganhar mais sustentação e visibilidade. (BRASIL, 2006, p. 8).

O Ministério da Saúde cria linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e “novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país”. (BRASIL, 2006, p. 9). Nesse período, o processo de desinstitucionalização começa a acontecer, pessoas internadas por longos períodos começam a ser desligadas dos hospitais e o Programa “De Volta para Casa” é criado. “Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos”. (BRASIL, 2006, p. 9). No ano de 2004, acontece o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, local em que se reuniram mais de dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. (BRASIL, 2006, p. 9).

O processo foi caracterizado por ações do governo federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, onde se efetivou a transição do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário. Em 2005, o período caracterizava-se por dois movimentos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar; a fiscalização e redução progressiva e programada

dos leitos psiquiátricos existentes. Nesse período a reforma psiquiátrica foi consolidada como política oficial do governo federal. (BRASIL, 2006).

QUADRO 2:

Diferença entre o Modelo manicomial e a Reforma psiquiátrica

Modelo manicomial	Reforma psiquiátrica
Modelo realizado em instituições fechadas, baseado na custódia, tutela, vigilância e disciplina, que promove o isolamento e segregação das pessoas.	Modelo territorial de assistência, baseado no cuidado, no acolhimento, na escuta, na produção de sentidos, por meio de serviços substitutivos.
Psiquiatria tradicional: Atua sobre a doença.	Atenção psicossocial: Atua sobre o sujeito complexo e intervém nos preconceitos sociais historicamente produzidos sobre a loucura.
Objetivo da psiquiatria tradicional: a cura da doença.	Objetivo da Atenção Psicossocial: A produção de saúde (com direitos e dignidade).

Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 3. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a, p. 64 e 65.

A lei 10.216/01 é a Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e também direciona o modelo de assistência em saúde mental. Foi essa lei que estabeleceu o Programa de Volta para Casa, tratando também das formas de internação psiquiátrica (voluntária, involuntária e compulsória), que somente são indicadas quando os recursos extra-hospitalares se tornam insuficientes. A internação voluntária é aquela que ocorre com o consentimento do usuário: a pessoa que solicita e deve assinar sua admissão; a alta deve ser assinada pelo médico que acompanha o caso. A internação involuntária é aquela que se realiza sem o consentimento do usuário; a solicitação é feita por terceiros, a alta deve ser feita por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou definida pelo médico responsável. A internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 horas. Ela é determinada pelo juiz, e ficam impedidas as internações com caráter asilar. (ZEFERINO *et al*, s/d).

Como uma das principais diretrizes da Política de Saúde Mental, o processo de desinstitucionalização do Governo Federal criou o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – PRH. O PNASH/Psiquiatria tem como objetivo avaliar os hospitais psiquiátricos em relação à estrutura física, aos processos e aos recursos terapêuticos e verificar se o hospital está adequado às Normas Técnicas Gerais do SUS. (ZEFERINO *et al*, s/d).

Já o PRH é um mecanismo que gerencia o processo de redução de leitos psiquiátricos e busca promover a redução de forma progressiva e a partir de pactos dos macro-hospitais (hospitais com mais de 600 leitos) e de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). O programa gerencia os limites máximos e mínimos de redução de leitos anual. (ZEFERINO *et al*, S/Dd.d).



O Agricultor e a Serpente (Autor: Esopo)

Uma boa ação não anula a má ação...

Quem espera gratidão de um ingrato, é duas vezes tolo...

Um agricultor, homem simples do campo, caminhava pela sua pequena propriedade numa bucólica manhã de inverno a examinar seu plantio, quando, sobre o chão ainda coberto pela neve da noite anterior, viu uma Serpente que jazia completamente enrijecida e congelada pelo intenso frio.

E embora soubesse o quanto aquela Serpente poderia ser mortal, ainda assim, ele a pegou com cuidado, e com a intenção de aquecê-la e salvar sua vida, colocou-a no bolso do seu casaco.

E em pouco tempo, a Serpente, aquecida naquele confortável ambiente que a protegia do frio, foi recuperando suas forças. Ao sentir-se viva outra vez, colocou a cabeça para fora do bolso do sobretudo daquele homem que lhe salvara a vida e mordeu seu braço. E ao sentir a inesperada picada, o lavrador logo se deu conta da gravidade daquele ferimento. E caindo desfalecido pelo efeito do mortal veneno, sabia que apenas poucos minutos de vida lhe restavam.

E em seu último suspiro, ergueu com dificuldade a cabeça, e disse: “Aprendi com o meu trágico destino, que nunca deveria apiedar-me de alguém que por natureza é um malfeitor...”



Figura 16: O agricultor e a serpente.

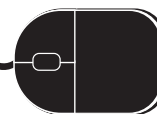
Fonte: Site de dicas. Disponível em: <http://sitededicas.ne10.uol.com.br/fabula-o-agricultor-e-a-serpente.htm>, acesso em 04 de setembro de 2014.

Resumo

Nessa aula, você estudou:

- os três grupos da reforma psiquiátrica: Comunidade terapêutica e Psicoterapia institucional; Psiquiatria de setor e Psiquiatria comunitária (ou preventiva); Antipsiquiatria e Psiquiatria democrática italiana.
- A antipsiquiatria vê a doença entre os homens, e não dentro do homem. Antipsiquiatria não é apenas sinônimo de “contra a psiquiatria”, é algo muito mais complexo.
- Franco Basaglia foi a mais forte expressão da transformação do modelo psiquiátrico em todo o mundo, sendo influenciado por teorias como a fenomenologia, o existencialismo e o marxismo em sua formação humanística e filosófica.
- Basaglia centrou suas reflexões no indivíduo e nas possibilidades de existência deste mesmo indivíduo e se recusou a aceitar a hipótese da incompreensibilidade da doença mental e também o processo de rotulação e classificação do doente mental.
- a principal característica da reforma psiquiátrica brasileira é a busca por ultrapassar o campo da assistência em Saúde Mental, a fim de se tornar um expressivo processo social, no cenário contemporâneo brasileiro.
- a reforma psiquiátrica buscou intervir no campo das relações da sociedade com a loucura, tendo como objetivo transformar as relações da sociedade com a loucura.

Atividade



1. Discuta com o seu grupo sobre como o “louco” é visto pela sociedade em que vivemos e as implicações dessa percepção sobre as formas de tratamento oferecidas a esse público, nas unidades de saúde que conhecemos.
2. Faça um quadro comparativo apresentando os aspectos histórico-culturais e sociopolíticos da psiquiatria.
3. Assista ao filme Bicho de sete cabeças e discuta com seu grupo as consequências de uma internação.

Aula 5 - Espaços substitutivos

Objetivo

Conhecer e compreender os espaços substitutivos existentes.

5.1 Introdução

Nessa aula iremos falar sobre os diferentes espaços substitutivos existentes e como estes funcionam.

A Reforma Psiquiátrica propõe que as políticas de saúde mental locais criem redes de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Iremos falar agora como se constitui essa rede de espaços substitutivos, a partir de um Projeto de Saúde Mental.

5.2 Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Uma rede de atenção à Saúde Mental é composta de diversos serviços e, para funcionar de fato, ela precisa ser ordenada a partir de um Projeto de Saúde Mental, o qual precisa reorientar o modelo de assistência através de ações e de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com vistas à sua superação. É necessária a execução de atividades específicas de Saúde Mental nos serviços de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou hospitais gerais, e também nas unidades específicas para os portadores de sofrimento mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além dos dispositivos como os Centros de Convivência. Vale lembrar que, para assegurar tal projeto, ele precisa ser calcado numa construção coletiva, com parcerias com o poder público, com os trabalhadores e com as instâncias de controle social, sendo dependente das singularidades e necessidades de cada região. (MINAS GERAIS, 2006).

Muitas vezes, a clientela que chega para o atendimento é de usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos, na maioria das vezes mulheres que, ou por serem mais frágeis, ou por terem vivenciado uma história de vida complicada, receberam, em algum momento de sua vida, um diagnóstico psiquiátrico equivocado e com prescrição de medicamento. A partir daí, passaram a fazer uso dessa medicação com a qual se acostumaram tanto orgânica como psiquicamente. Entre essas pessoas, algumas apresentam o quadro de neurose grave e/ou momentos de crise, necessitando de assistência especializada, porém esse não é o caso da maioria das pessoas que chegam aos psiquiatras. Na psicologia, também, encontramos muitos usuários encaminhados, muitas vezes

sem demanda própria, e, no caso de crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem ou de comportamento, muitas escolas encaminham-nos, embora não se trate de fato de casos de demanda de saúde mental. (MINAS GERAIS, 2006).

Com frequência, os portadores de sofrimento mental grave ou psicóticos não costumam encontrar espaço e tempo nas UBS, sendo necessária uma inversão da lógica: os casos graves precisam ser priorizados em qualquer serviço de saúde, e a abordagem dada à clientela de “mulheres infelizes”, de “meninos levados” deve ser reformulada, pois “não se trata de menosprezar os problemas dessas pessoas, nem de virar-lhes as costas – e sim de procurar com elas outras saídas e alternativas “. (MINAS GERAIS, 2006, p. 55).

5.3 Programa Saúde da Família (PSF)

Uma parceria da Saúde Mental com o Programa Saúde da Família (PSF) tem grandes afinidades. A proposta de trabalho do PSF é conhecer seus pacientes, conversar com eles, entrar em contato direto ou indireto, não só com seus sintomas e doenças, mas entrar em contato com os mais diferentes aspectos da vida do paciente, proposta que também é dos espaços substitutivos. Essa forma de atuar ajuda a atender e a direcionar, de forma adequada, a demanda certa para o serviço de saúde correto. (MINAS GERAIS, 2006).

BOX

Escutar o paciente, cuja queixa traduz essencialmente a demanda de ajuda para um problema emocional; acompanhá-lo, procurando pensar com ele sobre as razões desse problema e as formas possíveis de enfrentá-lo; evitar, tanto quanto possível, o recurso aos psicofármacos, e, quando necessário, usá-los de forma criteriosa; não forçar o paciente a deixar, de um dia para o outro, o medicamento que sempre usou, mas ponderar com ele sobre os riscos e as desvantagens desse uso; não repetir estereotipadamente condutas e receitas: esse é um acompanhamento que as equipes do PSF sabem e podem conduzir.

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006, p. 55.

Os profissionais dos PSFs, juntamente com os da saúde mental, podem desenvolver muitas atividades para aproximar a clientela da saúde mental, sem que essas atividades estejam especificamente atreladas a consultas e à prescrição

de receitas, ao organizarem, por exemplo: eventos culturais, atividades esportivas ou de lazer, festas, encontros, etc. Podem, inclusive, obter parcerias com outros setores, com os serviços do Desenvolvimento Social, da Educação, dos Direitos Humanos, etc. Dessa forma, “pode-se criar possibilidades de trânsito e de produção para estas pessoas – que não têm encontrado outra maneira de pedir ajuda para seus problemas a não ser revestindo seu apelo de uma roupagem médico-psicológica, endereçando-o eternamente aos serviços de Saúde”. (MINAS GERAIS, 2006, p. 57).

5.4 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAMs)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) são serviços voltados para o tratamento intensivo ou semi-intensivo de portadores de sofrimento mental. De acordo com a portaria GM 336/2002, o tempo de funcionamento mínimo de um CAPS é de 8h às 18h, e durante os 5 dias úteis, semanais, no caso de CAPS I e II. No caso de CAPS III, o funcionamento é de 24 horas, de segunda a segunda. Nos CAPS a prioridade de atendimento é para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em sua área territorial. Deve possuir estrutura física independente da estrutura hospitalar e uma equipe interdisciplinar própria. Irá oferecer recursos terapêuticos como, por exemplo, “atendimentos individuais e em grupo, atendimento à família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares”. (PORTARIA GM 336/2002; MINAS GERAIS, 2006, p. 59).

BOX

Funções do CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher as pessoas com transtornos mentais, ainda que severos, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental, na sua área de atuação; dar suporte e atenção à saúde mental, na rede básica; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental, num determinado território; promover a reinserção social do indivíduo através de ações intersetoriais, como o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Fonte: MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL. A proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e drogas. Rio de Janeiro: Equipe Web/MPRJ, 2011, p. 13.

O CAPS é uma possibilidade de convivência direta e próxima com pessoas em crise. A oferta de atividades interessantes e participativas, que atendam a gostos diferentes e respeitem as escolhas individuais, é indispensável: “o CAPS deve romper tanto com o ócio forçado quanto com o trabalho também forçado que caracterizam o hospital psiquiátrico”. (MINAS GERAIS, 2006, p. 60). Quanto mais os pacientes são ouvidos, mais se estabelece uma relação de solidariedade e confiança mútua, fazendo com que o serviço se torne tranquilo e calcado na competência técnica. A parceria entre os profissionais também é muito importante: se a equipe depende do psiquiatra, reedita-se o modelo do hospital psiquiátrico, então é preciso que a equipe tenha autonomia e conhecimento para tomar certas decisões. Reuniões e assembleias com a participação dos usuários podem permitir apontar problemas e procurar soluções, responsabilizando os usuários pelo cuidado com o espaço do CAPS. (MINAS GERAIS, 2006, p. 60).

A proposta do CAPS é de que ele seja um serviço aberto, em todos os sentidos, “tanto pela ausência de muros e de grades, quanto pela ligação constante com o espaço social”. (MINAS GERAIS, 2006, p. 60). O CAPS não é um pequeno hospital, ele opera pela acolhida e pelo laço que estabelece com o usuário. O laço que o CAPS mantém com o usuário não acontece somente dentro dele, acontece fora, também, e tem grande valor para o usuário. Como exemplos, podemos citar: uma ida a uma padaria; a busca de um usuário em casa, porque ele não quis ir ao serviço; acompanhamento de grupo de usuários em excursões, entre outros. (MINAS GERAIS, 2006).

É importante que o CAPS seja um local de passagem, ou seja, o usuário permanece durante o dia ou noite e volta para casa, sendo o serviço uma etapa na vida do paciente e não uma forma de viver. “Outros serviços e atividades podem atendê-lo melhor numa outra etapa: a unidade básica, o centro de convivência, um grupo de produção, uma associação de usuários”. (MINAS GERAIS, 2006, p. 64). A lógica é não manter o portador de sofrimento mental na condição de usuário de serviços de Saúde Mental, mas fazer com que ele consiga abrir novas perspectivas em sua vida: namoro, estudo, trabalho, lazer, etc. Isso não quer dizer que seja necessário dar alta, mas que se desperte no usuário o desejo de partir. (MINAS GERAIS, 2006).

Falaremos agora sobre a classificação dos CAPS I, II e III. O CAPS I é um serviço para as cidades de pequeno porte, com capacidade para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Precisa dar cobertura para toda a clientela com transtornos mentais, adultos, crianças e adolescentes, durante o dia, e também para pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas. As atividades realizadas no CAPS I são atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas, executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares;

atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011).

O CAPS II é semelhante ao CAPS I, porém o seu funcionamento pode acontecer até as 21h. O CAPS III é um serviço com funcionamento de 24 horas e geralmente disponível em municípios com mais de 200 mil habitantes. Além das atividades do CAPS I, acrescentam-se: acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço, durante 24 horas contínuas, receberão 04 (quatro) refeições diárias; a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou a 10 (dez) dias intercalados, em um período de 30 (trinta) dias. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011).

O CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) é um serviço que atende crianças e adolescentes e que funciona durante o dia, em cidades de médio porte. Já o CAPS ad (álcool e drogas) tem o serviço voltado para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011).

5.5 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) são casas localizadas dentro do espaço urbano, para responder às necessidades de moradia de portadores de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Destinam-se a pessoas que não possuem vínculos familiares. Essas residências não fazem parte dos serviços de saúde, mas são espaços de habitação, “que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno à vida social, com a reconstrução de laços sociais e afetivos, e devem estar vinculadas a um CAPS”. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 20). Os moradores das residências terapêuticas devem ser acompanhados pela rede extra-hospitalar, CAPS, ambulatórios, atenção básica. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011).

ABC Glossário

Hospitais de custódia: quando um indivíduo comete um crime e possui um transtorno mental, recebe medida de segurança e vai para o hospital de custódia, a fim de que possa receber tratamento.

A residência terapêutica pode ter de um indivíduo até um grupo de oito pessoas, que serão supervisionados pelo “cuidador”, com o suporte do CAPS. O cuidador irá verificar a ordem e o bom andamento das relações na residência e também cuidar das necessidades básicas, como higiene do local, abastecimento de alimentos e serviços básicos. O SRT deve garantir assistência a pessoas que não possuam vínculos familiares e de moradia, [...] prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado e promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 20).

BOX

As características físico-funcionais da residência serão: a) estar situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais; b) contar com espaço físico que contemple, de maneira mínima, dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de, no máximo, 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório; c) ter sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários; d) ter dormitórios devidamente equipados com cama e armário; e) ter copa e cozinha para a execução das atividades domésticas, com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.); f) ter a garantia de, no mínimo, três refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar.

Fonte: MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL. A proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e drogas. Rio de Janeiro: Equipe Web/MPRJ, 2011.

5.6 Programa de Volta Para Casa

O programa de Volta Para Casa tem como objetivo garantir assistência a pessoas com histórico de longa internação psiquiátrica, com dois anos ou mais de internação ininterruptos, inclusive em hospital de custódia, garantindo a assistência, o acompanhamento e a integração social fora do hospital. É pago ao beneficiário um auxílio-reabilitação, com o objetivo de evitar a desigualdade social, facilitando o retorno ao meio familiar e social a esses egressos de hospitais psiquiátricos. Esse programa foi criado pela Lei Federal 10.708, de 2003, e atende ao disposto na Lei 10.216, de 06/04/2001, que determina que pacientes hospitalizados há muito tempo sejam objeto de política espe-

cífica de alta e planejada reabilitação psicossocial assistida. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011).

O benefício tem duração de até dois anos, com possibilidades de renovação. O beneficiário é avaliado por equipe de saúde mental local e deve possuir condições clínicas e sociais que não justifiquem mais sua internação. Além disso, é necessário, também, seu consentimento ou de seu representante legal, para que se submeta ao programa. “Os beneficiários deverão ser acompanhados permanentemente por uma equipe municipal encarregada de prover e garantir o bom acompanhamento do paciente e apoiá-lo em sua integração ao ambiente familiar e social”. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 27).

5.7 Leitos de Atenção Integral

São os recursos de hospitalidade e acolhimento noturnos, articulados à rede de atenção à saúde mental: “leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas”. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 28). São articulados em rede, podendo estar associados aos leitos de hospitais psiquiátricos, quando existirem, e acolhem o paciente em crise. “Os leitos de atenção integral em saúde mental são um componente essencial da porta de entrada da rede assistencial e um mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade”. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 28). Cada paciente, após a alta, deverá ser encaminhado, a fim de se estabelecer o projeto terapêutico, para que haja preparação ao retorno à moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar. Quando o paciente tiver deficiência física e mental grave ou grande dependência, o projeto terapêutico será específico. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011).

5.8 Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH)

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) é um instrumento de avaliação que permite aos gestores “um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS” (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 29), também descredencia hospitais que não apresentam qualidade na assistência prestada à população. É uma avaliação sistemática e anual realizada por técnicos de três campos que se complementam: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo. Tem como objeti-

vos: “avaliar a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS”. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 29).

5.9 Política de redução progressiva de leitos a partir dos hospitais de grande porte

A política de redução progressiva de leitos a partir dos hospitais de grande porte tem como objetivo “promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos)”. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 30). A política busca alternativas de atenção no modelo comunitário, através de pactos entre gestores do SUS, para redução planejada de leitos, a fim de se evitar desassistência. O processo “deve incluir o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa”. (MINISTÉRIO PÚBLICO E TUTELA À SAÚDE MENTAL, 2011, p. 30).



Para saber mais

Para você se informar um pouco mais sobre as residências terapêuticas, dê uma lida na Cartilha Residências Terapêuticas, disponível no endereço: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso 10/10/2014.

Resumo

Nessa aula, você estudou:

- Uma rede de atenção à Saúde Mental é composta de diversos serviços e, para funcionar de fato, ela precisa ser ordenada a partir de um Projeto de Saúde Mental que deve reorientar o modelo de assistência através de ações e de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com vistas à sua superação.
- O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) são serviços voltados para o tratamento intensivo ou semi-intensivo de portadores de sofrimento mental.
- O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) são casas localizadas dentro do espaço urbano, como resposta às necessidades de moradia de portadores

de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade.

- O programa de Volta Para Casa tem como objetivo garantir assistência a pessoas com histórico de longa internação psiquiátrica, dois anos ou mais de internação ininterruptos, inclusive em hospital de custódia, garantindo a assistência, o acompanhamento e a integração social fora do hospital.



Atividade

1. Faça um levantamento de quais serviços substitutivos existem no seu município e descreva quais são as características de cada um deles.

Aula 6 – Promoção e prevenção em saúde mental



Figura 17: Saúde mental

Fonte: Arquivo pessoal

Objetivo

Caros cursistas, o objetivo dessa aula é apresentar os aspectos da promoção e prevenção em saúde mental, bem como a ação dos agentes de saúde para adoção de uma prática eficiente, diante da comunidade assistida.

6.1 Introdução

Para falarmos de promoção e prevenção em saúde mental, é necessário o conhecimento e contextualização histórica da saúde mental no Brasil. Resumidamente, tendo em vista o fato de já termos visto esse histórico detalhado na aula 4, entre as décadas de 1970 e 1980, muitas pessoas encontravam-se internadas em hospitais psiquiátricos, formando populações que consistiam de alcoolistas, epiléticos, pessoas acometidas por transtornos mentais e pessoas em crise. O modelo que se mantinha era apenas para que os donos dos hospitais enchessem seus cofres, pois o modelo não tratava e, sim, aprisionava, mantendo as pessoas em condições subumanas.

A escassez de serviços diante das necessidades da comunidade, a violação dos direitos humanos, os baixos orçamentos destinados à saúde mental, a falta de capacitação das equipes de saúde geral, a influência de fatores socioeconômicos

micos no desencadeamento e cronificação dos transtornos mentais, o atraso no início do tratamento, a elevada morbimortalidade dos portadores de transtorno mental e os crescentes níveis de incapacidade laborativa e civil, nessa população, são aspectos presentes na maioria dos países, sobretudo naqueles em desenvolvimento (MANSUR, 2013).

Diante desse panorama, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou as diretrizes gerais para a constituição de serviços em saúde mental. Essas diretrizes estão envolvidas, entre outros aspectos, em questões políticas, ideológicas e orçamentárias das áreas de saúde, influenciando as políticas nos estados e municípios.

Essas diretrizes podem ser divididas em: 1) Inserção da saúde mental na atenção primária e 2) reabilitação psicossocial (MANSUR, 2013). Falaremos, então, da inserção da saúde mental na atenção primária, encontrando-se nesta a promoção e prevenção em saúde mental.

De acordo com Ministério da Saúde, 3% da população geral sofrem com transtornos mentais contínuos e graves. Em relação aos transtornos psiquiátricos, esse índice é de mais de 6%, estando esterelacionado ao uso de álcool e de outras drogas; 12% da população precisam de algum atendimento em saúde mental, devendo esse atendimento acontecer de forma eventual ou contínua. (BRASIL, 2014).

É evidente e necessária a atenção em saúde mental, principalmente no que se refere à promoção e prevenção, pois, além dos dados apresentados no parágrafo anterior, dados fornecidos por estudo realizado em Harvard apontam que, das 10 doenças mais incapacitantes em todo o mundo, 5 são de origem psiquiátrica, sendo elas depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. (MURRAY E LOPEZ, 1996).

Em relação à promoção em saúde mental, a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde objetiva a redução gradativa dos leitos psiquiátricos, além de qualificar, aumentar e fortalecer a rede extra-hospitalar, tais como os CAPS e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, incluindo ações de saúde mental na atenção básica, garantindo uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Dessa forma, é necessário que o Agente Comunitário de Saúde esteja atento para as diretrizes gerais relacionadas à promoção e prevenção em saúde mental. Tais diretrizes nortearão o trabalho do agente de saúde e garantirão uma ação eficiente, com garantias de que a atuação na atenção básica em saúde mental possa oportunizar ao sujeito meios e condições de um atendimento, tratamento ou obtenção de informações, necessários para sua vida e sua saúde.

6.2 Promoção em saúde mental

A promoção em saúde mental acontece em ações que estimulem as potencialidades de uma pessoa (ou grupo de pessoas), em busca de fortalecimento de aspectos saudáveis. Como todos nós temos núcleos de saúde, a promoção da saúde mental pode ser realizada, inclusive, com quem está convivendo com um transtorno mental. Alguns exemplos de iniciativas de promoção da saúde mental podem incluir treinamentos de habilidade socioemocionais ou campanhas de estímulo à atividade física, já que a saúde do corpo está diretamente ligada à saúde da mente. (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014).

É necessário que os agentes de saúde saibam que o sono, os exercícios físicos e a adaptação ao estresse é a tríade básica da promoção da saúde mental. (OMS, 2005).



Dica

Vejam, no quadro abaixo, proposto por Estanislau&Bressam (2014), alguns fatores de risco e de proteção, os quais variam em cada contexto, em relação à promoção de saúde mental.

QUADRO 3:
Fatores de risco e de proteção, de acordo com o contexto.

Fatores de risco e de proteção, de acordo com o contexto:		
Contexto	Fatores de risco	Fatores de proteção
Individual	- Problemas na gestação ou durante o parto - Genética familiar - Má nutrição - Inteligência abaixo da média - Problemas de comunicação - Temperamento difícil - Poucas habilidades sociais, isolamento - Problemas físicos, dor crônica - Insônia - Acesso a drogas	- Desenvolvimento normal - Bons recursos de inteligência - Senso de humor - Capacidade de autocontrole - Autoestima positiva - Habilidade de enfrentar desafios - Autonomia adequada para a idade - Habilidade de aprender com as experiências - Comportamento pró-social - Práticas de exercícios físicos
Familiar	- Conflito familiar - Maus-tratos e traumas - Familiar com problema mental - Morte de um familiar - Pouca disciplina na família - Falta de rotina e maus hábitos - Pais desatentos - Divórcio	- Contato mãe-bebê satisfatório - Convivência familiar positiva - Estímulo à expressão de sentimentos - Regras familiares claras e consistentes - Pais atentos aos hábitos dos filhos - Pais que acreditam no sucesso dos filhos

Comuni- tário	Pobreza Violência Discriminação Condições de moradia ruins Amigos que não reforçam bons hábitos e valores	Oportunidades de lazer Segurança na comunidade Jovem recebe suporte de três ou mais adultos, exceto dos pais. Jovem se sente valorizado na comunidade
------------------	---	--

Fonte: ESTANISLAU & BRESSAN (2014) – Adaptado.

Para a promoção da saúde mental, é necessária a adoção de um conjunto ordenado e sistematizado de ações de âmbito individual ou coletivo, direcionadas a um público específico, devendo, no caso dos agentes de saúde, que estes trabalhem em grupos formados na comunidade, com auxílio de profissionais capacitados e contem com o acompanhamento específico dos participantes e monitoramento dos resultados, por meio de indicadores de saúde.

6.3 Prevenção em saúde mental

As ações de prevenção de ocorrência das patologias minimizam riscos e são o foco de vários programas de saúde realizados sobre o câncer e as doenças infectocontagiosas. Existe também essa perspectiva preventiva para os distúrbios mentais.

A prevenção em saúde mental está relacionada aos transtornos mentais, existindo um conjunto de estratégias para inviabilizar que um transtorno mental se instale ou, então, há uma procura na redução do impacto desses transtornos na vida de um indivíduo. As ações de prevenção em saúde mental buscam reduzir os fatores de risco associados aos transtornos mentais. Didaticamente, a prevenção em saúde mental é dividida em três categorias: prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária é destinada àquelas pessoas que não possuem transtornos e buscam diminuir os fatores de risco que venham a deixar o indivíduo vulnerável a um determinado transtorno como, por exemplo, uma ação contra agressão a mulher, ação contra abuso infantil, entre outros.

A prevenção secundária é destinada às pessoas com quadro inicial do transtorno, sendo provável, com essa prevenção, identificar e possibilitar o tratamento com quadros iniciais como, por exemplo, programas de rastreamento para depressão ou risco de suicídio, exames de mamografia, em que se detectam casos em estágios iniciais e que tendem a responder melhor a um tratamento.

Na prevenção terciária, destinada às pessoas com o transtorno já instalado, ocorre a reabilitação e redução do prejuízo causado pelo transtorno instalado há mais tempo (o que se diferencia do secundário), tendo como exemplo as ações que buscam impedir que uma pessoa desenvolva uma comorbidade ou desenvolva hábitos ruins e não consiga aderir ao tratamento, o que favoreceria uma recaída. (ESTANISLAU & BRESSAN, 2014)

Percebemos que cada tipo de prevenção tem suas características e, da primária à terciária, há uma escala de agravamentos. É necessário dividi-las dessa maneira, a fim de que vocês compreendam os níveis de atenção necessários e realizem o encaminhamento e orientação de forma mais eficiente.

Para garantir uma assistência em saúde mental eficiente em algum dos níveis de atenção, é importante considerar que exista uma rede articulada de serviços, uma vez que a ação isolada impede a continuidade da prestação de algum serviço ou tratamento; uma abordagem psicossocial; a busca ativa dos pacientes e a busca por apoio de parceria com os familiares. Além disso, as equipes multidisciplinares compostas por profissionais de saúde devem abandonar paradigmas ineficazes e pouco resolutivos como, por exemplo, a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica, centrada unicamente na hospitalização.

Resumo

Nessa aula, vimos que a promoção e prevenção em saúde mental não acontecem de forma isolada, mas é necessária a ação de uma rede de serviços para que elas ocorram efetivamente. Apresentamos uma contextualização histórica para que vocês pudessem nortear a linha de raciocínio e, a partir dela, compreender quando e como começou a pensar nas questões de promoção e prevenção em saúde mental. A promoção da saúde mental é dividida, didaticamente, em três níveis, sendo cada um deles caracterizado pelo agravamento dos transtornos mentais, da ausência do transtorno, até o transtorno instalado. Na prevenção em saúde mental, vimos que são os programas, projetos e ações que possibilitam a sua existência, tendo cada um suas peculiaridades e formas de ação.



Atividade

1. Na sua concepção, como o Agente Comunitário de Saúde pode atuar nas demandas de seu território de atuação, oferecendo à comunidade apoio e informação que viabilizem ou estimulem práticas de ações para a promoção da saúde mental da comunidade?
2. Sobre a prevenção em saúde mental, pesquise e apresente os principais distúrbios mentais que acometem a população brasileira, de forma geral, e aponte três desses distúrbios, caracterizando-os e informando ações de prevenção a eles relacionadas.

Aula 7 – Princípios de comunicação terapêutica

Objetivo

Compreender o que é, quais as principais funções e como ocorre a comunicação terapêutica na prática do Agente Comunitário de Saúde.

7.1 Introdução

Iniciaremos essa aula trazendo informações gerais sobre como ocorre a comunicação entre os seres humanos, quais os aspectos que estão envolvidos e que influenciam a comunicação, para que, posteriormente, adentremos nos princípios de comunicação terapêutica, ou seja, como ela ocorre e quais são suas implicações na ação do agente comunitário de saúde.

7.2 O que é comunicação

Comunicação é o processo de compreensão e compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas. As próprias mensagens e o modo como ocorre seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, em curto, médio ou longo prazo. (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2008).



Para saber mais

A comunicação possibilita a interação da pessoa com o agente comunitário de saúde. Além disso, ela é a essência do cuidado humanitário e, por isso, é muito importante compreendê-la, para poder executá-la da melhor forma. Uma boa comunicação em saúde é fundamental para a atuação do agente.

7.2.1 Como acontece a comunicação entre os seres humanos

A comunicação entre seres humanos ocorre de forma complexa e engloba diversas variáveis e processos próprios, exigindo abordagem multiteórica, para se compreender toda a sua extensão e possibilitar o trabalho interdisciplinar.

Os elementos funcionais do processo de comunicação englobam: emissor, receptor, mensagem, canal e resposta. Esse processo ocorre da seguinte maneira: Uma pessoa (emissor) emite uma informação ou conteúdo (mensagem) a outra (receptor) que, por sua vez, emite uma (resposta), valendo-se, ambos, de algum meio para tal (canal). (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2008).

O processo comunicacional ocorre a partir de codificação e decodificação de mensagem. Em um diálogo, por exemplo, o emissor, organiza seu pensamento, formula previamente a mensagem a ser emitida e, em seguida, codifica, da forma que melhor considerar, a mensagem, que é, então, enviada. O receptor terá que receber a mensagem, decodificá-la, assimilá-la de acordo com seus conhecimentos e, em seguida, retornar ao emissor, realizando novos processos de organização, codificação e emissão, dando continuidade ao processo.

A comunicação implica interação. Para comunicar, ambos, emissores e receptores, precisam interagir para que o objetivo da mensagem seja atingido. Há alguns fatores que podem influenciar na comunicação, sendo de fundamental importância que o agente comunitário de saúde tenha conhecimento desses fatores para se utilizar da comunicação a seu favor, no trabalho e nas abordagens necessárias, realizadas com as pessoas de sua comunidade.

Estes fatores são: a forma como o agente de saúde aborda a pessoa, ou seja, como procede ao diálogo, a comunicação, como o agente se sente no momento da comunicação, se está confortável ou desconfortável, preocupado com algo, enfim, se há um fator externo que possa influenciar na comunicação. Outro fator é a **percepção** de como as mensagens enviadas podem interferir na outra pessoa e se há sentimentos envolvidos que possam também alterar o processo comunicacional. O **ambiente** em que ocorre a comunicação também pode influenciar no processo, pois o ambiente se refere ao contexto em que as pessoas estão envolvidas e, dependendo do local, a pessoa pode se sentir inibida ou não para realizar a comunicação. A **linguagem** utilizada deve ser acessível ao outro, ou seja, quando se comunicar com alguém, o agente comunitário de saúde deve saber algumas informações sobre a pessoa, tais como: nível de escolaridade e seu conhecimento em saúde, para saber como conduzir o diálogo.

7.2.2 Funções da comunicação

Toda comunicação tem um objetivo, uma função. Se você se comunica com determinado público, seu objetivo é se fazer entender, para que os propósitos daquela comunicação sejam efetivados. No seu trabalho como agente comunitário de saúde, a comunicação terá como principais funções a investigação (obtenção de informações sobre o indivíduo e a família, a respeito de sua doença e quais os possíveis fatores envolvidos), a informação (disposição de assuntos de que o indivíduo precisa, de acordo com as necessidades de cada situação), o conhecimento de si mesmo e do outro (quando o indivíduo conhece a si mesmo, ele tem maior capacidade de suspender suas crenças e valores, para olhar para o outro, de forma a compreendê-lo, aceitá-lo e a realizar uma comunicação mais eficiente), o estabelecimento de relacionamento significativo (assemelha-se à empatia, em que o agente e o indivíduo possuem um re-

lacionamento de confiança, sendo possível que o indivíduo confie no agente, para lhe apresentar os problemas, os dados de forma mais fidedigna e, dessa forma, possa colaborar na comunicação e nos procedimentos necessários, a partir desta) e mudança de atitude, à medida que o processo de comunicação acontece. (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2008).

De forma resumida, a função da comunicação do agente de saúde com alguma pessoa da comunidade, em seu território de trabalho, é basicamente o conhecimento do outro, da realidade, da família e as questões que envolvem esse sujeito, no seu processo saúde-doença, e as medidas, orientações e encaminhamentos que o agente pode realizar.

7.2.3 Níveis em que ocorrem as comunicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Como o Agente de Saúde lida com pessoas e grupos, é necessário que ele compreenda que a comunicação pode acontecer em diferentes níveis, quais sejam: **intrapessoal, interpessoal, grupal e de massa.**

O nível **intrapessoal** é considerado como uma auto-reflexão, uma lembrança das comunicações anteriores, que podem refletir na sua comunicação com as demais pessoas. O nível **interpessoal** é aquele em que há comunicação entre duas ou mais pessoas, sendo passível a observação por terceiros. O nível **grupal** é aquele em que a comunicação ocorre entre várias pessoas. O agente comunitário de saúde deve ter em mente que, em um grupo terapêutico, por exemplo, todos devem ter a oportunidade de ser ouvidos, cabendo ao agente organizar as falas para que a oportunidade chegue a todos. O que diferencia o nível grupal do de massa é que, neste, a comunicação é destinada para um público maior. (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2008).

Até aqui, vimos o que é comunicação, como ela acontece, quais suas funções e a forma como ocorre. Com essas informações, pretendemos que você compreenda todo o processo comunicacional. Mesmo que, diariamente, comuniquemo-nos com as pessoas que conhecemos ou até mesmo com desconhecidos, esse embasamento teórico é fundamental para que você perceba como deve ocorrer a comunicação terapêutica, da qual falaremos no próximo tópico.

7.3 Comunicação terapêutica

O agente comunitário de saúde utiliza o instrumento da assistência com a equipe multi e interdisciplinar, devendo criar elos entre suas especificidades, no projeto de trabalho em saúde mental, para que, dessa forma, utilize objetos de intervenção como, por exemplo, a comunicação terapêutica, no projeto terapêutico utilizado pela equipe e também pelo indivíduo. O agente comuni-

tário de saúde deve ter conhecimentos consolidados em comunicação humana e terapêutica, para utilizá-los de forma adequada, estando sempre atento a outros fatores que são inerentes ao contexto da comunicação com o indivíduo que deve fazer ou faz uso dos serviços em saúde mental.

Sendo assim, é preciso que o agente comunitário de saúde tenha claro que

comunicação terapêutica é a competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar outra pessoa a descobrir e a utilizar sua capacidade, seu potencial e suas possibilidades para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando viver de forma saudável e com o máximo de independência e autonomia possíveis. (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2008, p 332).

A comunicação terapêutica oportuniza ao agente de saúde prestar informação ao indivíduo e, ao mesmo tempo, garantir-lhe um possível tratamento, um auxílio e suporte, a fim de dar continuidade ao seu processo, em busca de saúde ou de melhor qualidade de vida. A pessoa percebe que é possível usar aspectos mais aceitos de comunicação interpessoal, o que a torna fortalecida para falar de si e de suas experiências, compreendendo-se como pessoa, em diversos aspectos.

A comunicação terapêutica pode ser didaticamente agrupada em estratégias, quais sejam: **1) expressão:** estimula ou facilita a descrição de pensamentos e sentimentos sobre a experiência que os desencadeou. Indicação: abordagens iniciais e conhecimento mútuo. **2) clarificação:** auxilia na compreensão ou clarificação das mensagens enviadas pelos indivíduos quando parte delas ou o todo contém ambiguidades. Indicação: oportunidade de correção de informação. **3) validação:** torna comum o significado do que é expresso no processo de comunicação. Indicação: verificar a compreensão das mensagens veiculadas entre os interlocutores. Estes grupamentos não acontecem de forma isolada e inflexível; foram descritos aqui de forma didática, contudo sua ocorrência é contínua e entrelaçada.

Na comunicação terapêutica, é necessário diminuir a ansiedade do indivíduo, além de ocorrer uma empatia entre agente de saúde e indivíduo, para que a comunicação terapêutica aconteça de forma eficiente. A ansiedade pode interromper o processo ou tornar a mensagem ambígua ou conturbada, inviabilizando, assim, o seu resultado positivo. Nesses casos, o agente deve rever como está ocorrendo a comunicação terapêutica para que, quando iniciada, os possíveis fatores transversais não aconteçam.

É importante que o agente comunitário de saúde tenha em mente que a criatividade, a flexibilidade e a coerência entre a comunicação verbal e a não-verbal são fundamentais para a comunicação terapêutica.



Dica

O agente comunitário de saúde, quando estiver trabalhando em saúde mental, deve saber ouvir o outro, ou seja, não basta estar atento apenas ao que o indivíduo está dizendo, mas, rapidamente, conseguir refletir sobre o que o outro diz e também o que ele diz, quando verbaliza algo. O agente deve estar atento e demonstrar interesse e atenção na fala do outro, devendo demonstrar indícios de que isso esteja ocorrendo, como, por exemplo, falar para o indivíduo: “Continue, estou te ouvindo!”, como uma forma de demonstrar interesse e atenção. Além de a pessoa sentir-se acolhida e ouvida, esse processo pode favorecer a fala e, a partir da escuta, o agente poderá intervir com possíveis encaminhamentos que deverão ser realizados. Quando o indivíduo é chamado pelo nome, ele se sente mais acolhido, identifica-se como pessoa e reconhece que ocupa um lugar no mundo, com uma identidade e nome próprios. Uma forma de abordar a pessoa é chamando-a pelo nome, o que torna provável que a comunicação terapêutica aconteça.

O agente deve certificar e confirmar a fala da pessoa, ou seja, após uma fala do indivíduo, o agente deve utilizar de estratégias para que o outro confirme o que foi dito e, assim, valide sua fala. Isso se torna importante para que o agente possa direcionar e/ou encaminhar o indivíduo para o serviço de saúde mental adequado ou orientá-lo a procurar o profissional da saúde que fará o devido encaminhamento.

No Box a seguir, serão apresentados alguns pressupostos que norteiam a aplicação prática do conhecimento, em comunicação terapêutica.

BOX

1. O homem não existe sem se comunicar: ao considerar que todo comportamento humano se constitui em uma mensagem, verbal ou não verbal, pode-se concluir que é humanamente impossível não se comunicar. Uma pessoa só se torna pessoa perante uma outra.
2. A comunicação é um processo contínuo e não se repete do mesmo modo: cada momento é único e não se repete. As condições físicas, psíquicas, de local, espaço, tempo e humor das pessoas são diferentes, a cada segundo, e esses aspectos influenciam diretamente o processo comunicacional entre os seres humanos.

3. Cada ato comunicativo tem um aspecto de conteúdo e de relação: há sempre dois aspectos no ato comunicativo, um de informação e outro de relação. A informação é o conteúdo da mensagem; a relação é a condição comportamental que o conteúdo explicita, sendo condicionada à percepção da mensagem. Falhas nessa última podem determinar problemas na relação.
4. A comunicação entre pessoas exige significado comum: sem compreensão das mensagens, não é possível a interação e a vida em comum.
5. Empatia, confiança e respeito mútuo são componentes-chave da comunicação humana: esses são três componentes básicos para que a comunicação humana seja efetiva ou terapêutica. A ausência desses gera uma relação conflitiva.
6. As pessoas agem de acordo com o significado que as coisas têm para elas.
7. As pessoas atribuem significado às coisas, na relação com seus semelhantes.
8. Cada pessoa modifica e manipula o significado dos fatos por meio de um processo interativo.
9. A comunicação é um dos componentes centrais da saúde: comunicação e saúde são conceitos que se interpõem. Não se pode falar em saúde sem se reportar à comunicação.

Diante desses pressupostos, é fundamental que o agente comunitário de saúde saiba se comunicar terapêutica ou adequadamente, para oferecer ao outro uma assistência de qualidade.

Fonte: (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2008, p. 312 e 313). Adaptado.

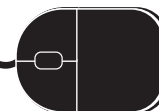
A comunicação entre o agente e o outro deve acontecer de forma clara. Para que a comunicação alcance o efeito desejado, ambas as partes devem se fazer compreender. Isso só é possível se o agente, quando não compreender algo, devolver a pergunta ou palavra específica para o indivíduo. Caso, durante o diálogo, o indivíduo se utilize de uma palavra que não tenha sido compreendida pelo agente, este deve voltar à mesma fala e perguntar o que significa tal palavra ou frase, ou fazer uma pergunta em que, a partir do contexto, ele consiga compreender. Se o indivíduo utilizar, durante a descrição de uma fala, pessoas que não podem ser identificadas pelo agente de saúde, este deve perguntar a quem se refere a pessoa não identificada, para que a compreensão aconteça de forma ampla e precisa e, assim, ocorra uma comunicação eficiente.

É necessário que o agente de saúde se utilize dos recursos apresentados nessa aula para que a comunicação terapêutica ocorra. O mais importante é aprender a escutar o outro, suspendendo as próprias crenças e preconceitos. Acolher o outro e mostrar-lhe sua importância, seu valor. Perceber, a partir da escuta, a verdadeira angústia que o outro possa estar sentindo e, a partir da comunicação, oportunizar novos modos de perceber, conceber e vivenciar as experiências do cotidiano.

Resumo

Nessa aula, você aprendeu como ocorre a comunicação terapêutica entre agente comunitário de saúde e pessoas da comunidade, bem como usuários dos serviços de saúde mental. Percebeu que a comunicação terapêutica deve acontecer de forma clara e com linguagem adequada e, para que isso ocorra, é necessário um conhecimento mínimo do histórico da pessoa, do grupo familiar ou dos indivíduos que compõem um grupo terapêutico.

Atividade



1. O que é e como ocorre a comunicação terapêutica?
2. Como o agente comunitário de saúde deve agir, ao se comunicar com as pessoas da comunidade, para que a comunicação terapêutica ocorra? E quais fatores ambientais podem interferir na ocorrência dessa comunicação?

Aula 8 - Relacionamento terapêutico e atividades terapêuticas grupais

Objetivo

O objetivo dessa aula é compreender a importância do relacionamento terapêutico entre o profissional e o cliente/paciente e as particularidades desse relacionamento.

8.1 Introdução

Prezados cursistas, para que um atendimento seja eficiente, é preciso considerar a importância do relacionamento terapêutico e compreender que a relação entre profissional e cliente/paciente é diferente de uma amizade e/ou de um relacionamento social.

O relacionamento terapêutico (RT) é uma relação que se estabelece entre a equipe terapêutica, os familiares e todo o grupo de pacientes. É uma importante ferramenta para que o profissional de saúde possa intervir no tratamento do paciente. (BRASIL, 2003).

BOX

Relacionamento terapêutico é uma série de interações planejadas, com objetivos em curto, médio e longo prazos, elaborados em conjunto com o cliente e sua família, com foco em suas necessidades e singularidades. O principal objetivo é desenvolver o potencial e a capacidade do cliente, visando ao crescimento, para enfrentar os desafios que ele vivencia na sua promoção, na manutenção ou na recuperação da sua saúde mental e na sua reintegração na sociedade. Desse modo, o cliente aprende a conviver com a interdependência necessária, a independência e a autonomia para exercer a cidadania plena, com seus direitos e deveres.

Fonte: STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole, 2008.

Torna-se necessário fazer uma distinção entre o conceito de RT, de relacionamento social e de relação de ajuda. O relacionamento social é caracterizado

basicamente como uma relação de amizade, de companheirismo ou como contato para a realização de alguma atividade ocasional. Já a relação de ajuda, caracteriza-se no fato de uma pessoa ter disposição de ajudar a quem necessita, com apoio e atenção, em dado momento da vida. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Para que o RT se desenvolva de forma eficaz, é necessário que o profissional de saúde tenha conhecimento das manifestações de comportamento decorrentes de riscos à saúde mental e de transtornos mentais, “domínio sobre os componentes essenciais do relacionamento; recursos terapêuticos como estabelecimento de limites e oferecimento de apoio; a comunicação humana e a competência em comunicação terapêutica”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 373). Os componentes essenciais do RT são: autoconhecimento, capacidade de amar e ser amado, aceitação e não julgamento, dependência aceita, interdependência e independência, empatia e envolvimento emocional, confiança e respeito mútuo. A seguir, falaremos de cada um desses componentes. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Autoconhecimento: “é o desenvolvimento da capacidade de conhecer as próprias atitudes que estão presentes e que dão vida ao comportamento do ser humano”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 375). A pessoa precisa se esforçar para reconhecê-las, pois nem sempre são conscientes, e só assim poderá se compreender. Esse processo de autoconhecimento precisa se dar por toda a vida. “A atitude forma-se a partir de crenças, valores, padrões culturais, que são aprendidos nas interações com outras pessoas desde o nascimento e determinam seu modo de ser ou seu comportamento”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 375). Quanto mais a pessoa se conhece, mais consciente ela se torna do seu modo de ser e de suas atitudes.

A capacidade de amar e ser amado: a necessidade de amar e ser amado é uma necessidade do ser humano. “Amor é a capacidade de demonstrar afeto por outra pessoa de modo reflexivo, sem esperar reciprocidade. Amar o cliente significa experimentar e demonstrar a ele compreensão, aceitação, respeito, paciência, proteção, segurança, entre outros”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 376).

Aceitação e nãojulgamento: “a pessoa que sofre, sobretudo, por experimentar um transtorno mental e toda sobrecarga que isso traz, em decorrência de preconceitos sociais, perda de emprego, entre outros, experimenta ansiedade em diferentes níveis”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 377). Tais vivências podem fazer com que a pessoa apresente comportamentos que não são aceitos socialmente. Cabe ao profissional da saúde aceitar o cliente como ele é, “demonstrando compreensão e aceitação empática, por que ele age daquela maneira no momento em que o comportamento se manifesta”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 377). Deixar claro que entende que é a manifestação do seu transtorno, o que possibilita ao cliente a oportunidade de experimentar segurança

e confiança. É a aceitação da pessoa e não do comportamento do cliente; em alguns momentos, o profissional precisará estabelecer limites ao comportamento manifestado, de forma humana, explicando o que é o limite e por que está sendo estabelecido. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 377).

Dependência aceita, interdependência e independência: quando o indivíduo vivencia alterações nos padrões de comportamento, sua dependência oscila de intensidade. No RT o profissional precisa aceitar essa dependência e estar alerta para identificá-la, mas sem estimular a dependência. O profissional precisa ajudar o cliente a aceitar a interdependência e estimular a independência, de acordo com as peculiaridades de cada cliente. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Empatia e envolvimento emocional: nas relações interpessoais, o conceito de empatia é muito importante. Precisaremos entender a diferença entre empatia, identificação e simpatia. A identificação não é terapêutica, pois, nesse caso, o profissional assumiria o lugar do cliente e perderia sua identidade profissional. Já a simpatia, envolve aspectos de piedade e concordância com o cliente, correndo-se o risco de projetar o próprio comportamento do cliente, o que prejudica o RT. Já o conceito de empatia, é multidimensional e envolve aspectos cognitivos, emocionais, comunicacionais e relacionais. Para ocorrer a empatia, é preciso haver percepção da situação do cliente e considerar os pensamentos e sentimentos que o envolvem. “A compreensão empática ocorre quando se consegue estabelecer a comunicação empática, ou seja, quando se consegue transmitir ao outro que ele é compreendido tal qual ele vivencia o mundo”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 377). No RT é esperado que ocorra envolvimento emocional, em algum grau, mas este deve permanecer dentro dos limites terapêuticos. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Confiança: «é o sentimento de fidedignidade em relação ao outro» (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 379), que permite à pessoa aprender como lidar com as dificuldades e desafios do mundo. “As características de confiança incluem respeito, honestidade, consistência e a crença no potencial do outro”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 379).

Respeito mútuo: respeitar uma pessoa é acreditar em sua dignidade e valor, sem julgamentos, independentemente de seu comportamento. É demonstrar sentimento empático e interesse genuíno pelo cliente, “associado ao fato de que o cuidado dele não é apenas uma tarefa”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 379). Agindo dessa forma, o profissional torna-se respeitado como profissional, num processo em que respeita e é respeitado. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.379).



Figura 18: Relacionamento terapêutico e atividades terapêuticas grupais.

Fonte: Relacionamento terapêutico. Disponível em http://folhadacidade.inf.br/ler.asp?cod_materia=6189&cod_editoria=6 acesso 21/10/2014.

Todo RT pode encontrar impasses terapêuticos, e o profissional de saúde precisa estar consciente de que alguns destes podem surgir e que precisarão ser analisados e enfrentados. São eles: **a resistência, a transferência e a contratransferência**. A resistência pode ser percebida, através da comunicação do cliente, como uma “relutância em tomar conhecimento de situações que lhe provocam ansiedade, ou como fuga à verbalização de seus sentimentos e pensamentos, ou dificuldade em mudar de comportamento, mesmo quando é reconhecida esta necessidade”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.380). Já a transferência, “é uma reação inconsciente e inadequada de uma pessoa em relação à outra” (STEFANELLI *et al*, 2008, p.380 e 381); em geral, esta se relaciona à necessidade de afeto, respeito ou dependência. A contratransferência se caracteriza por uma resposta inadequada do profissional diante de uma reação manifestada pelo cliente; também envolve a projeção de sentimentos do profissional. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.380 e 381).

8.2 Fases do relacionamento terapêutico (RT)

O RT pode acontecer em quatro fases. Cada fase apresenta suas próprias características, atividades, fenômenos e desafios (problemas).

Fase de pré-interação: essa fase tem como característica o conhecimento do cliente, com o objetivo de obtenção de dados sobre o seu comportamento, para a construção de uma primeira impressão sobre esse cliente. Depois, é preciso validar, com a equipe, os dados obtidos e, se possível, com a família,

mas com o cuidado de não expor as informações colhidas. É importante ter os conceitos da Comunicação Terapêutica (aula 7) bem claros. Após validar os dados, o profissional irá analisar as informações de forma mais minuciosa e passar a analisar as atitudes e sentimentos em relação ao cliente, para obter uma percepção mais real do cliente como pessoa, e, portanto, reavaliando sua primeira impressão. “A partir de então, toma a decisão de iniciar o processo de relacionamento terapêutico. Essa análise já se constitui em experiência de crescimento pessoal e profissional”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.383). O profissional precisa ter o cuidado para não identificar o cliente com algum membro de sua família ou até mesmo com alguma situação vivenciada anteriormente. Quando esses sentimentos emergem, o profissional precisa avaliar seus sentimentos antes de tomar a decisão de assumir o compromisso de RT; muitas vezes, será necessário discutir com a equipe sobre o caso e, somente depois, tomar a decisão. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Fase inicial: as características desse momento é o conhecimento mútuo entre profissional e cliente. O RT é um encontro entre pessoas que não se conheciam anteriormente, tendo como foco o “aqui e o agora” do cliente. Pode despertar diversos sentimentos ou reações positivas e negativas, que precisam ser analisadas pelo profissional de saúde. Costumam surgir reações de transferência e contratransferência, nesse momento, as quais podem prejudicar o RT. O profissional de saúde precisa se apresentar, explicar os objetivos do RT e como irá acontecer, a partir da rotina do serviço, a sua duração, em forma de minicontrato. É importante informar sobre o sigilo da relação e dos registros, considerando os limites da confidencialidade. O cliente tem o direito de saber que os dados serão discutidos com a equipe e/ou com um supervisor, quando o profissional fizer supervisão, e que, quando surgirem fatos que outro profissional precisará saber, ele será informado, obedecendo-se a alguns critérios. Pode-se dar um tempo e espaço para que o próprio cliente fale sobre a situação, em casos que se possa esperar. Mas, se houver riscos iminentes para a vida ou a integridade dele ou dos demais a sua volta, a comunicação deverá ser imediata. O profissional de saúde deve convidar o cliente para irem, juntos, oferecendo-se para acompanhá-lo, ou, dependendo da situação, deixar claro que ele mesmo comunicará a situação ao profissional indicado à equipe e que tais medidas são necessárias para a proteção do cliente e para evitar danos aos demais. O mais importante nessa fase é firmar o compromisso do RT com o cliente; outros objetivos são: “obtenção da confiança do cliente e a clarificação dos objetivos do RT como responsabilidade de ambos, pois sem a participação do cliente não haverá a consecução dos objetivos elaborados”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.385).

Ainda na fase inicial, após efetivar o termo de compromisso, o profissional irá fazer uma entrevista com a família, sempre com o cuidado de não expor os dados já adquiridos e evitando confrontação com os dados do cliente. Depois, irá buscar informações disponíveis no serviço sobre o cliente. É sempre bom lembrar que o estabelecimento da confiança será um ponto crucial nessa fase.

O profissional precisa ter o cuidado para identificar quando o cliente começar a testá-lo, a querer manipulá-lo e a rejeitá-lo, como mecanismos para verificar se o profissional é realmente uma pessoa de confiança e capaz, profissionalmente; o cliente pode, inclusive, burlar o horário, fazer outra coisa no horário, dizer que esqueceu o horário, etc. Quando isso acontecer, o profissional não deve fazer julgamentos, mas acolher o cliente e informar que será atendido no tempo restante, o que demonstrará limites e a importância do cliente e do atendimento. Desafios mais comuns dessa fase são: “medo do desconhecido, preconceito ou tabu em relação ao transtorno mental, vivência e aceitação da rejeição do cliente e ansiedade decorrentes destes, sendo que os dois primeiros têm relação direta com valores e crenças” (STEFANELLI *et al*, 2008, p.386) do profissional de saúde e precisarão ser analisados, mas tendem a desaparecer com o conviver com o cliente, mediante a situação de aprendizado e crescimento. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.386).

Fase de continuação: essa fase consta da continuação do trabalho propriamente dito. Elabora-se, com a participação do cliente, um plano com os resultados esperados. Caso o cliente não tenha condições de colaborar, o profissional irá fazer um plano aos poucos, valendo-se das estratégias da comunicação terapêutica. A característica dessa fase é o trabalho conjunto e a construção de possibilidades, com o objetivo de buscar soluções aos desafios que se apresentam para o cliente. Serão testadas possibilidades, e o profissional criará um ambiente seguro para que o cliente possa testar tais possibilidades escolhidas por ele, podendo surgir, por exemplo, alternativas de oficinas que podem contribuir para a reintegração social do cliente. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Fase de término: essa fase é vivenciada quando se alcançam as metas do RT. Os acontecimentos que levam ao encerramento do RT são: “alta do cliente, caso ele esteja internado ou em tratamento em outro serviço de saúde mental, transferência do cliente para outro serviço de saúde mental ou para outra especialidade em consequência de outra doença grave que exija atendimento imediato e especializado, abandono de tratamento», (STEFANELLI *et al*, 2008, p.383) etc. O preparo para essa fase já começa na fase inicial, quando se firma o contrato do RT. Esse preparo deve ser lembrado, valendo-se dessa oportunidade. É importante que o cliente analise seu progresso, avalie os ganhos e dificuldades que aconteceram, no decorrer do RT, e analise os planos reais para a vida cotidiana futura, sendo essa a atividade central dessa fase. Tais atividades reforçam o sentimento de confiança, autoconfiança, autoestima e a perspectiva de lutar por qualidade de vida melhor para o cliente. Alguns clientes, inclusive, aprendem que, mesmo que seu tratamento seja para a vida toda, eles podem ter qualidade de vida. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.383).

Na fase de término, é comum o sentimento de perda e tristeza para ambos, cliente e profissional de saúde, aspectos que precisam ser analisados, mas são considerados aceitáveis, pois implicam separação. O cliente pode sentir-se

rejeitado e abandonado, e o profissional pode oferecer ao cliente oportunidade de expressar tais sentimentos, orientando-o sobre o fato de que esses sentimentos são aceitáveis diante da situação.



Figura 19: Oficina terapêutica.

Fonte: Paciente em oficina terapêutica. Disponível em <http://revistasentidos.uol.com.br/inclusao-social/58/artigo173769-1.asp>. acesso em 12/10/2014.

A maneira como se dá o contato entre pacientes e profissionais pode comprometer ou favorecer os resultados do tratamento.

Como vimos nos tópicos anteriores, há alguns princípios que guiam o que denominamos “relacionamento terapêutico”. Para Kantorski & Schrank (2003, p.205), esse termo é apresentado como um “recurso tecnológico para cuidar de pessoas com transtorno psíquico, [...] permeado de contradições, questionamento, zonas de tensão, desejos e subjetividades”. (Idem1).

Entendemos, então, que, apesar das dificuldades, a equipe técnica deve-se apresentar diante dos pacientes psiquiátricos como uma figura empática, de modo a demonstrar aproximação e segurança, ao conduzir o caso.



Figura 20: Oficina.

Fonte: R Enferm UERJ 2003; 11:201-7. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a13.pdf> acesso em 12/10/2014.

O trabalho em grupos é priorizado, com o objetivo de promover um melhor relacionamento, também entre pacientes, e ressaltar a importância do convívio interpessoal, nas relações cotidianas, profissionais, familiares e outras.

Além disso, a experiência com atividades grupais explicita que nos comportamos, nos grupos, de maneira semelhante com a que nos comportamos em outros núcleos de relacionamento, com outras pessoas, na família, no trabalho, nos grupos comunitários, de igreja, por exemplo.

Desde 1990, com o processo da reforma psiquiátrica, as oficinas terapêuticas vêm sendo usadas nos serviços de saúde mental, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centros de Convivência. Existem diferentes formas de conceituação de “oficinas terapêuticas”, com diferentes aportes teóricos que fazem parte de projetos político-institucionais singulares. As oficinas são um desafio de complexas redes de negociação e oportunidades, que oportunizam novas formas de socialização, de acesso e exercício de direitos dos usuários, “lugares de diálogos e de produção de valores que confrontem os preconceitos de incapacidade, de invalidação e de anulação da experiência da loucura”, (MINAS GERAIS, 2006, p. 72) que devem ser usadas como recurso no processo de singularização e emancipação na vida social dos portadores de sofrimento mental. (MINAS GERAIS, 2006).

Saraceno citado em Minas Gerais (2006), acredita que, no campo da saúde mental, a oficina serve para “entreter”, significando “manter dentro” e também no sentido de “passar de forma agradável”. Acredita que o entretenimento pode acontecer por meio de formas difíceis, “dentro” do hospital psiquiátrico, dentro de um quarto de isolamento, na contenção, na solidão, na miséria e na violência, mas também de forma mais agradável, “com psicofármacos, com colóquios psicoterapêuticos, com atividades recreativas, ‘dentro’ dos ambulatórios, hospitais-dia, e até mesmo dentro da própria família”. (MINAS GERAIS, 2006, p. 73).

BOX

Ora, não podemos conceber as oficinas como meros entretenimentos ou modos de “passar o tempo”. Apreender os diferentes sentidos das atividades e dos processos, do criar e do produzir, da arte e da cultura; indagar seus significados para os usuários, em seus contextos reais de vida; e, sobretudo, compreender os projetos singulares e o lugar das oficinas na produção de redes de trocas, nos territórios, e de laços sociais e na invenção de projetos para a vida de seus participantes – essas questões nos trazem um aprendizado e um exercício constantes, norteando o cotidiano das novas práticas em Saúde Mental.

Assim concebidas, as oficinas terapêuticas são um interessante recurso a ser utilizado, em diferentes tipos de serviços – nos CAPS, nos Centros de Convivência, nas unidades básicas de saúde –, conforme o traçado e as possibilidades da rede de Saúde Mental de cada município.

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006, p. 73.

Alguns municípios disponibilizam para seus usuários os centros de convivência, os quais têm grande importância na reabilitação psicossocial. Nos centros de convivência, não são os profissionais de saúde nem da saúde mental que trabalham, são os artistas, artesãos, os “oficineiros”. O usuário permanece no local somente por horários determinados, para participar das atividades que aprecia e escolhe. Os centros de convivência também recebem o portador de sofrimento mental grave, posterior à crise, com o objetivo de avançar os passos iniciados no CAPS ou na unidade básica, e ele participa e também continua sendo atendido por um dos serviços. Em municípios menores, as “oficinas terapêuticas”, às vezes, cumprem o papel de centro de convivência, paralelo ao serviço do CAPS ou a um ambulatório de saúde mental, porém deve-se ter o cuidado para não oferecer atividades pobres e repetitivas. “Em municípios maiores, os Centros de Convivência devem preferencialmente possuir espaço físico e equipes próprias, na proporção de um Centro de Convivência para um ou dois CAPS”. (MINAS GERAIS, 2006, p. 74).

Esses dispositivos não são apenas locais onde se fazem oficinas, mas locais em que também se realizam oficinas e outras atividades, com o objetivo da retomada dos vínculos familiares dos sujeitos que possuem suas histórias subjetivas, seja através das práticas promovidas ou pelos eventos e acontecimentos vivenciados. O objetivo das oficinas e de outras atividades é propiciar produções, convívios, encontros, trocas. Apesar de não serem dispositivos clínicos, “seus efeitos se fazem notar na clínica de cada sujeito, ao promoverem mudanças, reposicionamentos, subjetivações”. (MINAS GERAIS, 2006, p. 74). Muitas atividades podem ser realizadas nos centros de convivência, tais como: assembleias, passeios, festas, oficinas, bazares, jogos, idas ao cinema, etc. (MINAS GERAIS, 2006, p. 74).

A arte é o elemento básico e orientador do trabalho, pois possibilita o desenvolvimento de novas formas de linguagem e propicia o compartilhamento de novas experiências e outras formas de perceber e estar no mundo. As contradições e os conflitos são a prova de que aquele lugar é vivo e real e de que a diversidade pode ser vista como riqueza. “A transformação do olhar, dos espaços e das pessoas estimula o cultivo da tolerância e da solidariedade, produzindo formas inéditas de sociabilidade” (MINAS GERAIS, 2006, p. 75), o que possibilita uma transformação cultural em que se abrem caminhos para a convivência do portador de sofrimento mental. (MINAS GERAIS, 2006, p. 75).

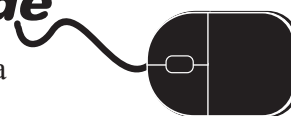
**Para saber mais**

Para ampliar seus conhecimentos, leia o artigo: Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500019. Acesso 10/10/2014.

Resumo

Nessa aula, você estudou:

- O relacionamento terapêutico (RT) é uma relação que se estabelece entre a equipe terapêutica, os familiares e todo o grupo de pacientes.
- O relacionamento terapêutico (RT) é uma importante ferramenta para que o profissional de saúde possa intervir no tratamento do paciente.

Atividade

1. A partir das fases do relacionamento terapêutico, fale sobre a importância desse relacionamento para o profissional da saúde.
2. Assista ao filme “Um golpe do destino” e discuta com seu grupo que pontos importantes um profissional de saúde precisa considerar, no relacionamento com o cliente/paciente.

Aula 9 - Processo de cuidado em saúde mental

Objetivo: Compreender como ocorre o processo de cuidado em saúde mental, quais os serviços da Rede de Assistência Social existentes, como é e como ocorre o acesso dos usuários, além de saber conduzir os processos e procedimentos de cuidado em saúde mental.

9.1 Introdução

A demanda de cuidado em saúde mental não está centrada apenas em minimizar riscos de internação ou controle de sintomas. O cuidado envolve questões financeiras e emocionais e também aquelas relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Esse cuidado é diário e envolve uma demanda de atenção que nem sempre está prontamente assistida, em decorrência das dificuldades vivenciadas pelos pacientes, familiares, profissionais e a sociedade, tais como: recursos escassos, assistência profissional inadequada, estigmatização, violação dos direitos dos doentes que, mesmo com o processo da desinstitucionalização, ainda ocorre, e a dificuldade de acesso a programas profissionalizantes. (FUREGATO, 2009).

Para falarmos no processo de cuidado em saúde mental, vamos contextualizar historicamente como chegamos ao cuidado que é ofertado hoje, nos serviços de saúde, e que caracterizam prevenção, redução de danos e tratamento das pessoas com sofrimento mental.

No passado, as pessoas com sofrimento mental eram internadas em hospitais psiquiátricos e manicômios e viviam isoladas da família e do convívio social. Nesses locais, geralmente, recebiam tratamentos desumanos e pouco eficientes, e dificilmente saíam de lá com mais saúde física e mental do que quando entraram. Por viverem privadas do convívio familiar e social, eram tirados dessas pessoas, também, muitos dos seus direitos como cidadãos. Diante desse panorama, objetivando transformar, humanizar e melhorar o cuidado das pessoas com sofrimento mental, foi proposta uma série de ideias e ações que cobriam todo o território nacional, o que, em seguida, originou a “Lei da Reforma Psiquiátrica”. A Lei 10.216/2001 outorga os direitos às pessoas com sofrimento mental, visando, entre outras situações, que, mesmo quando o indivíduo é internado contra sua vontade, a pedido de familiares ou intervenção médica, o Ministério Público deve ser notificado no prazo máximo de 72 horas, e é obrigatória a revisão periódica da medida de internação, para evitar possíveis abusos e injustiças.

Após a reforma, os leitos psiquiátricos foram desativados, buscando-se extinguir o tratamento subumano que muitos pacientes recebiam. Em contrapartida foram instalados, em todo o território brasileiro, aproximadamente 2060

Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que acolhem e atendem as pessoas com sofrimento mental.

As pessoas que estavam há muitos afastadas do convívio familiar e/ou social (pessoas com mais de 20 anos de internação) foram transferidas para os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são locais que abrigam até 10 pessoas, sob acompanhamento do CAPS e de cuidadores.

9.2 Serviços de cuidados em saúde mental disponibilizados na Rede de Assistência à saúde mental

Os principais serviços públicos disponíveis, que se referem aos cuidados em Saúde Mental, são:

1. Consultório na Rua;
2. Unidade de Acolhimento Adulto;
3. Leitos de enfermaria especializada;
4. Centros de Atenção Psicossocial;
5. Equipes de apoio às unidades terapêuticas;
6. Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).

Vejam, no Box abaixo, um pouco sobre cada um desses serviços de cuidado em saúde mental e qual a porta de acesso ao usuário e as devidas orientações e encaminhamentos que os Agentes de Saúde devem realizar, em cada situação.

BOX

O **Consultório na Rua** é caracterizado por equipes de saúde móveis, que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, trabalhando com os usuários de álcool, crack e outras drogas, com a estratégia de redução de danos. Essas equipes possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção. O acesso ao serviço é direto, sendo realizado a partir das equipes nas ruas, as quais podem ser diretamente abordadas pelos usuários.



Para saber mais

A **Unidade de Acolhimento Adulto** é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Elas funcionam como casas onde as pessoas que estiverem em tratamento nos CAPS têm apoio profissional e podem viver por um período. Acolhem até 15 adultos, por até 6 meses, apoiando seus moradores na busca de emprego, estudo e outras alternativas de moradia. São espaços abertos, de acolhimento sempre voluntário. O acesso ao serviço ocorre por encaminhamento, sendo necessária a indicação de uma vaga na Unidade de Acolhimento Adulto, feita sempre pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Acesse o endereço abaixo, para ter acesso à portaria nº 121, que institui a Unidade de Acolhimento:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

Os **leitos de saúde mental**, em hospitais gerais, são serviços da Rede de Atenção Psicossocial que oferecem suporte hospitalar de curta duração. São utilizados apenas em situações de urgência/emergência, para indivíduos com sofrimento mental. Atuam como retaguarda para a Rede de Atenção Psicossocial e demais serviços de saúde do município ou região. A internação deve preparar os pacientes para retomar seu tratamento nos CAPS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, após a alta. Funcionam em regime integral, nas 24 horas do dia e nos 7 dias da semana, finais de semana e feriados, sem interrupção da continuidade do cuidado. Para acesso, os pacientes são encaminhados para internação pelos Centros de Atenção Psicossocial e pelos serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro.

Os **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS** – são serviços da Rede de Atenção Psicossocial abertos, destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais. Os CAPS oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS também atendem os usuários em seus momentos de crise. O CAPS apóia usuários e famílias, na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Dispõe de equipe multiprofissional, composta por médico/psiquiatra, psicólogos, entre outros.

Os **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS** – são designações para uni-

dades que seguem padrão do Ministério da Saúde, segundo a Lei 10.216, de 06/04/2001, e a Portaria 336/2002, do Ministério da Saúde. Quanto ao tipo de serviço, as unidades podem ser classificadas em:

CAPS I - Unidades exclusivamente com Modelo CAPS tipo I, para municípios com até 80 mil habitantes.

CAPS II - Unidades exclusivamente com Modelo CAPS tipo II, para municípios com até 200 mil habitantes.

CAPS III - Unidades exclusivamente com Modelo CAPS tipo III, para municípios com mais de 200 mil habitantes.

O acesso ao CAPS é feito pela própria pessoa, ou seja, para acesso aos serviços, as pessoas podem ir diretamente às unidades.

As **comunidades terapêuticas** são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e, também, os demais serviços de saúde que se façam necessários.

As Comunidades Terapêuticas mantêm sempre um responsável técnico, de nível superior, legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação. No processo de admissão, a Comunidade Terapêutica deve garantir:

- o respeito à pessoa e à família, independentemente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;
- a orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos;
- a permanência voluntária;
- a vedação a qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade;
- a possibilidade de o usuário interromper a permanência, a qualquer momento;
- a privacidade quanto ao uso de vestuário próprio e de objetos pessoais.

O acesso às comunidades terapêuticas ocorre por encaminhamento realizado por Centro de Atenção Psicossocial – CAPS –, como parte do projeto terapêutico de seus usuários.

O centro de referência especializado para população em situação de rua (**Centro POP**) corresponde à unidade pública da Assistência Social para atendimento especializado à população adulta, em situação de rua. O Centro POP é um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Como serviço especializado para pessoas em situação de rua, deve proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular a organização, a mobilização e a participação social. O acesso ao serviço ocorre de duas formas: por acesso direto, em que as pessoas podem ir diretamente às unidades, ou por encaminhamento, sendo realizado por identificação e encaminhamento de outros serviços da Rede de Assistência Social, das demais políticas públicas setoriais e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

Fonte: Ministério da Saúde, BRASIL, 2014.

Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> Acesso em: 29/09/2014

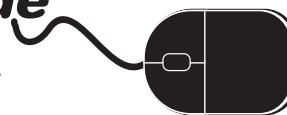
Mesmo tendo a Lei nº 10.216/2001 e suas portarias para regulamentar a saúde mental no Brasil, conforme apresentados no início dessa aula, é o empenho dos técnicos como os agentes comunitários de saúde que garante uma nova maneira de compreender e conviver com pessoas que necessitam de cuidados nessa área, pois não há mais lugar para os antigos asilos, que torturavam e não tratavam as internações compulsórias, que aconteciam de modos injustos e injustificáveis, e a “prisão perpétua”, nos manicômios, sem crimes cometidos que as justificassem.

Finalizamos essa aula afirmando que é fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de saúde da família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar, com apoio constante dos agentes de saúde, e que o cuidado integral, que engloba também a saúde mental, deve articular as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial, devendo a educação ser permanente como o dispositivo fundamental para a organização de ações de cuidados em saúde mental, principalmente na Atenção Básica.

Resumo

Nessa aula, você aprendeu o que é cuidado na saúde, como ele ocorre, qual a sua importância e também sobre os principais serviços da rede de assistência social que fazem referência aos cuidados em saúde mental, bem como qual a porta de acesso a cada serviço.

Atividade



1. Quais os principais serviços de cuidados em saúde mental disponibilizados pelas redes de assistência em saúde mental?
2. Qual a principal ação que os agentes de saúde devem adotar para viabilizar a efetivação desses serviços a pessoas da comunidade que precisem desses cuidados?

Aula 10 – Saúde mental no contexto familiar

Objetivo

Essa aula tem como objetivo apresentar os aspectos da saúde mental, no contexto familiar, e como ocorre o cuidado, como a família é importante no auxílio e colaboração do familiar com sofrimento mental.

10.1 Introdução

Iniciaremos nossa aula abordando o conceito de família e como esse conceito sofreu alteração, ao longo do tempo. É necessário que vocês percebam que família vai além da formação de um casal com filhos, possuindo laços consanguíneos.

10.2 Família

A partir de uma visão sistêmica, é possível entender família como um sistema aberto, realizando conexões com outras estruturas sociais e sistemas, compondo a sociedade. A família pode ser constituída por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado, podendo estabelecer vínculos afetivos, de parentesco consanguíneo ou não, de convivência, geralmente condicionado a valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural, tudo isso devido ao fato de o conceito de família ter sofrido alterações ao longo do tempo. Como exemplo dessa situação, temos a família tradicional, comumente constituída por uma mulher e um homem, unidos por matrimônio ou por união de fato, podendo o casal ter filhos e estes irão compor o que é denominado de família nuclear ou elementar. Contudo, além da família tradicional, temos outros tipos de famílias como a monoparental, que é caracterizada quando um dos pais de uma criança assume as responsabilidades de cuidar do(s) filho(s). Isso ocorre quando o pai não assume o filho e deixa sua criação apenas a cargo da mãe.

10.3 O indivíduo com sofrimento psíquico em contexto familiar



Figura 21: A doença mental, o paciente e seus familiares.

Disponível em: <http://lounge.obviousmag.org/encruzilhada/2014/05/08/o-YOUTH-MENTAL-ILLNESS.jpg>. Acesso: 10/10/2014

Novas contribuições na forma de perceber a família no contexto do cuidado em saúde mental surgiram a partir da reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que, antes da reforma, o indivíduo com sofrimento mental era privado da família e também do contexto social, para ser submetido a possíveis tratamentos. Nesses casos, não havia participação da família, e o indivíduo era visto de forma isolada e como doente, estigmatizando o indivíduo e dificultando seu possível tratamento e colaboração de familiares.

Preconizada pela reforma psiquiátrica brasileira, a orientação da Política Nacional de Saúde Mental vislumbra a redução paulatina e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, cedendo lugar à implantação de ações e serviços de saúde mental de base comunitária, capazes de atender, obtendo resultados, os indivíduos que necessitem de atenção (BRASIL, 2005). Nesse contexto, a família é chamada como parceira dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços do provimento de cuidado (ROSA, 2004), passando a ser percebida como aliada no cuidado de seu familiar em sofrimento mental.

Sendo assim, a principal intenção não é tirar o indivíduo dos hospitais psiquiátricos e colocá-los em qualquer lugar e deixá-los contar com a sorte, e sim intervir, junto com a família, para que, no contexto familiar, esse indivíduo obtenha autonomia, exercendo seus direitos e sua cidadania. Espera-se a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade, adquirindo, com isso, o respeito e a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento, sem uma ideia unicamente curativa. (GONÇALVES; SENA, 2001).

O ACS deve ter como horizonte o fato de que a família não pode cuidar da pessoa em sofrimento mental, sem ter a devida preparação e orientação. É necessário considerar a família como protagonista do cuidado rehabilitador, uma vez que, ao acolher suas demandas e dificuldades de convívio com um familiar em sofrimento mental intenso, o Agente de Saúde deve buscar promover o suporte possível para as solicitações manifestas. Tais famílias se deparam com diversas situações das mais variadas ordens, como dificuldade de lidar com os conflitos familiares emergentes, situações de crise, culpa, pessimismo, quando não enxergam saída para os problemas, dificuldades materiais do cotidiano, complexidades do relacionamento com o familiar que sofre com transtorno mental, além de desconhecimento da doença. (COLVERO *et al.*, 2004).

É necessário que a família seja orientada e esteja preparada para receber, acolher e cuidar do familiar com transtorno mental, uma vez que o cuidado requer capacitação mínima, tempo, dedicação, compreensão, além da necessidade de os cuidadores adquirirem estratégias para lidar com suas próprias emoções.

Dica

É necessário que o Agente Comunitário de saúde compreenda que, entre os objetivos gerais da família, estão: 1) a proteção psicossocial de seus membros; 2) a adaptação à cultura na qual estão inseridos; 3) a constituição de um espaço para o desenvolvimento e proteção de seus membros. (MINUCHIN, 1982).

As equipes de saúde e o agente comunitário de saúde que trabalham com saúde da família devem realizar cadastros e diagnosticar as famílias para averiguar a situação de saúde da população, fato que possibilita que os agentes de saúde prestem atenção singularizada às famílias em situação de vulnerabilidade, risco ou isolamento social. O Agente Comunitário de Saúde que atua na territorialização de famílias com pessoas em sofrimento psíquico intenso deve dedicar uma atenção especial a essas famílias, sendo a instrumentalização do agente de saúde imprescindível para identificar tais situações.

A estratégia de atender, prioritariamente, famílias com maiores dificuldades psicossociais é importante, contudo é necessário ter cuidado para que tal priorização não produza estigmatizações, sendo necessário compreender o dinamismo e a complexidade da vida de cada família. (VECCHIA e MARTINS, 2009).

Diante disso, é necessário que profissionais como os agentes de saúde que trabalham com a atenção básica estimulem a participação da família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada paciente com sofrimento mental, levando a família a auxiliar na implementação, na construção e no acompanhamento de políticas públicas de atenção à saúde mental.

Projeto Terapêutico Singular (PTS): conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, que se configura como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos serviços em que o trabalho está organizado na lógica de Apoio Matricial e Equipe de Referência.

Fonte: PORTAL EDUCAÇÃO.

<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/43914/projeto-terapeutico-singular-pts#ixzz3Fyt56a3b>

Data de acesso: 29/09/2014

10.4 Como trabalhar com família no contexto da saúde mental

O Agente Comunitário de Saúde que trabalha com família deve aperfeiçoar, em si mesmo, os seguintes aspectos: **uma concepção de existência sem preconceitos** (deve saber reconhecer e valorizar o que ocorre em detrimento do que se deseja; é necessário interessar-se pelo modo de vida e cotidiano das pessoas e não somente por suas fraquezas ou doenças; acolhê-las respeitando seu ritmo e o ritmo dos acontecimentos), **a disponibilidade para os outros** (consiste na flexibilidade pessoal em relação aos modos, tempos e lugares das pessoas e suas famílias) e a **capacidade de se desfocar do problema** (não se restringir ao problema). (SOLYMOS, MARICONDI e SOARES, 2009).

É necessário focar a atenção nas possibilidades de vida que as pessoas e suas famílias possuem, percebendo que as dificuldades podem ser equacionadas gradativamente e que a intervenção se caracteriza como sendo a que permite à própria família se responsabilizar por encontrar os instrumentos necessários para o seu enfrentamento.

BOX

Dicas práticas para o trabalho com família

- Pense em suas próprias experiências com sua família (família atual e família de origem) e rememore histórias de sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas de parentes, amigos e vizinhos, identificando quais são seus valores, crenças e mitos sobre tudo isso... Faça essa reflexão individualmente e, depois, com a sua equipe de Saúde.

- Evite julgamentos baseados em qualquer tipo de preconceito. Só será possível conversar com uma família, em prol do seu desenvolvimento, se você puder ouvi-la sem julgar ou recriminar.
- Priorize atendimento mais imediato às famílias com maiores dificuldades psicossociais.
- Identifique pessoas que podem auxiliar no cuidado em saúde mental. Pode ocorrer que essas pessoas não pertençam ao grupo familiar de origem.
- Observe como a família se coloca no espaço físico de atendimento, ou seja, onde cada pessoa senta ou se distribui no local onde é atendida. Essa observação lhe permitirá perceber alguns aspectos dos papéis familiares. Por exemplo, um filho adulto, ao se colocar ao lado da mãe e não permitir a seu pai ali se situar, pode indicar uma relação simbiótica entre mãe e filho e um pai com dificuldade de ocupar o seu lugar. Perguntas muito simples podem auxiliar muito. No exemplo, a pergunta poderia ser: “Como é para o senhor ceder seu lugar ao seu filho?”.
- Observe como a família se comunica, se as mensagens são claras ou obscuras, e busque auxiliar na comunicação.
- Auxilie a família na diminuição da culpa, do desamparo e da desesperança diante das crises e das dificuldades enfrentadas no dia a dia com a pessoa em sofrimento psíquico. Permita que tais sentimentos sejam expressos.
- Reconheça e valorize os saberes e os recursos encontrados pela família, na convivência diária com o sujeito em sofrimento psíquico.
- Fique atento(a) aos movimentos saudáveis, ainda que sejam mínimos, e discuta-os com a família. Muitas vezes, a convivência diária não permite perceber tais mudanças.
- Construa, com as famílias, alternativas de mudança e de promoção dos cuidados familiares da pessoa com sofrimento psíquico e/ou em uso de álcool e drogas. Há um saber acumulado sobre esse assunto que poderá ajudá-lo(a) muito na compreensão dos modos de ser, viver e conviver em família.
- Promova sempre o diálogo e a troca de experiências entre todos, nas reuniões com a(s) família(s), nas consultas e visitas domiciliares. Desse modo, todos terão a oportunidade de se expor a mudanças e compreender o que está acontecendo. Isso amplia possibilidades de obtenção de resultados eficazes.
- Crie o hábito de fazer anotações sobre cada atendimento realizado e, sempre que possível, discuta seu trabalho com seus colegas de equipe, com-

partilhando dúvidas, certezas, limites e possibilidades. Registros escritos preservam histórias, constroem histórias.

- Não se assuste, nem reaja com base em fortes sentimentos, positivos ou negativos, que determinadas pessoas e famílias mobilizam. Nessas situações, melhor será adiar uma resposta ou conduta clínica e buscar ajuda de sua equipe de Saúde ou supervisão especializada.
- Caso seu município possua Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Nasf ou equipes de Saúde Mental, busque discutir situações em que você tem mais dificuldade de manejo clínico. As equipes desses serviços, além de auxiliar na conduta clínica, também podem apoiar na organização e na realização de ações de saúde mental envolvendo a família no território.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental - Disponível em :http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf Data de acesso: 22/09/2014

Encerramos essa aula abordando os aspectos da atenção à família com membros em sofrimento mental. É necessário observar que, quando a família procura o serviço de saúde ou comunica ao agente comunitário de saúde algum fato, é interessante acolhê-la, contudo é importante que isso ocorra com o conhecimento e o acordo do paciente. O contato possibilita uma avaliação precisa do contexto familiar e tem efeito de grande importância para tranquilizar a família, além de garantir seu compromisso com a adesão e continuidade do tratamento. Sendo assim, é necessário escutar e orientar a família, no entanto isso não significa mostrar-lhe o que ela deve fazer, pois, esporadicamente, certas orientações mais precisas são necessárias, embora o imprescindível não seja mostrar quais ações devam executar, e sim auxiliá-los a pensar nas próprias ações.

O agente de saúde deve escutar e orientar a família, no entanto isso não significa atender a quaisquer demandas. Por exemplo, quando a família chega a perguntar: “O que ele tem?”, o interessante, geralmente, não é apresentar um diagnóstico e, sim, fazer perceber que você, como agente comunitário de saúde, está atento ao problema. Da mesma forma, quando aparecer demandas como “fazer um exame de cabeça”, o que os preocupa não é exatamente o exame, e sim a confirmação de que todas as ações necessárias estão sendo adotadas. Percebam que é necessária a interpretação do que vem com a fala, de forma não invasiva, e sim acolhedora, buscando compreender o sujeito, a família e suas demandas em relação aos serviços de saúde e saúde mental.

Além de escutar a família quando ela busca algum serviço ou o próprio agente de saúde, existem situações em que é necessário convocá-la, quais sejam: quando sua participação é importante para determinados aspectos do trata-

mento do familiar com sofrimento mental ou quando se mostra ausente ao tratamento, em aspectos gerais, ou quando é observado que as relações entre o paciente e a família se encontram muito difíceis ou conflituosas. Nessas situações, é necessário, naturalmente, buscar apontar para a família caminhos que culminam em adesão de ações de forma diferenciada. No entanto, se não for possível, é necessário ressaltar que existem órgãos de defesa dos direitos do familiar com sofrimento mental, que devem ser acionados, quando necessário.

Dica



Para aprofundar o assunto sobre família e saúde mental, faça a leitura das seguintes referências:

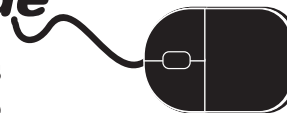
- ROSA, L. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003.
- MELMAN, J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

Existem alguns cuidados destinados ao membro familiar com sofrimento mental que competem apenas aos profissionais de Saúde Mental. Nesses casos, a família não consegue auxiliar. Há cuidados que geram desgastes aos familiares, sendo necessário dividir tais cuidados entre os membros familiares. Existem outros cuidados que, mesmo que a equipe possa auxiliar, não se deve isentar a família das responsabilidades, a fim de que, dessa forma, os membros familiares possam auxiliar no tratamento e o indivíduo tenha melhor qualidade de vida. Contudo, em crises muito fortes, que dificultam extremamente o convívio familiar, é necessário que o indivíduo fique alguns dias em permanência no serviço de Saúde Mental. Esse afastamento temporário entre indivíduo e família deve ser apenas o tempo necessário para auxiliá-los a aproximarem-se novamente.

Resumo

Nessa aula, aprendemos que o conceito e a concepção de família vão além da simples formação de um casal com filhos. Aprendemos sobre as nuances do indivíduo com sofrimento mental, no contexto familiar, como a família pode colaborar e favorecer no tratamento do familiar com sofrimento mental. Aprendemos como é possível trabalhar com a família, no contexto da saúde mental, de qual apoio e colaboração a família deve ter conhecimento para auxiliar no tratamento do familiar doente e quando é possível a intervenção, a partir da família.

Atividade



1. Como a família deve ser orientada pelo agente de saúde para possíveis intervenções e/ou orientações no tratamento do familiar com sofrimento mental?

Aula 11 - Transtornos psíquicos e ações de enfermagem

Objetivo

Conhecer e compreender os principais transtornos psíquicos.

11.1 Introdução

Prezados cursistas, iremos falar de um assunto muito importante nessa aula, os transtornos psíquicos. Temos que ser bastante cautelosos para não ficarmos rotulando as pessoas, pois um diagnóstico precisa ser bem fundamentado pelos profissionais da saúde, para que possa ser dado a alguém.

Veremos, agora, alguns dos transtornos psíquicos e as ações da enfermagem. As principais síndromes são as psicóticas (esquizofrenias, outros transtornos psicóticos), as síndromes afetivas (transtornos depressivos, mania, transtorno bipolar), síndromes neuróticas, ansiosas e somatoformes (transtornos ansiosos, fobias, somatizações, hipocondria, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos conversivos, outros transtornos), síndromes relacionadas a substâncias psicoativas (uso abusivo, dependência, abstinência), síndromes mentais e orgânicas (*delirium*, demência, outros transtornos). (STEFANELLI *et al*, 2008).

QUADRO 4

Síndromes	Tipos
Síndromes psicóticas	Esquizofrenias Outros transtornos psicóticos
Síndromes afetivas	Transtornos depressivos Mania Transtorno bipolar
Síndromes neuróticas, ansiosas e somatoformes	Transtornos ansiosos Fobias Somatizações Hipocondria Transtorno obsessivo-compulsivo Transtornos conversivos Outros transtornos
Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas	Uso abusivo Dependência Abstinência
Síndromes mentais e orgânicas	<i>Delirium</i> Demência Outros transtornos

Fonte: DALGALARRONDO *apud* CARDOSO *et al*, s/d, 2000.

11.2 Síndromes psicóticas

Na síndrome psicótica a pessoa apresenta sintomas como “alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como fala e risos imotivados”. (CARDOSO *et al*, s/d, p. 39). A pessoa pode apresentar sintomas paranóides como ideias delirantes e alucinações auditivas. A pessoa “rompe com a realidade”, tende a construir um mundo simbólico paralelo à realidade normativa. Para a psiquiatria, a principal forma de expressão da psicose é a esquizofrenia (DALGALARRONDO, 2000; CARDOSO *et al*, s/d.)

BOX

A pessoa que está em estado psicótico pode escutar vozes, ter crenças e medos estranhos, confusão mental, estar apreensiva, sendo comum o rompimento dos laços sociais. A família não consegue explicar essa mudança brusca de comportamento. As recomendações se referem a promover a segurança da pessoa por aqueles que dela cuidam. O apoio da família e amigos é vital, e esses devem estar atentos às necessidades humanas básicas como alimentação, hidratação, devendo zelar para não machucar a pessoa através das várias formas de violência.

Fonte: CARDOSO *et al*, s/d, p.39, 2000.

Didaticamente, os sintomas podem ser organizados em: 1) sintomas positivos, 2) sintomas negativos, 3) distúrbios das relações interpessoais. Os sintomas positivos são: eco do pensamento ou sonorização do pensamento, roubo do pensamento, inserção do pensamento, delírios persecutórios, de controle, de influência, de ciúme, de grandeza, de referência, de culpa e místico. Alucinações auditivas, visuais, tátil, olfativa e gustativa. Os sintomas negativos podem ser expressos através de embotamento afetivo, falta de ressonância afetiva, apatia, pensamento pobre, expresso na comunicação verbal e não verbal, e incoerente e/ou diminuído. Nas relações interpessoais, a pessoa pode apresentar isolamento, desinteresse aparente pelo mundo exterior, introspecção em excesso, ausência de objetivos, manifestações de agressividade ou da sexualidade inadequadas, dificuldades e/ou não estabelecimentos de vínculos afetivos, dificuldade de autocuidado. Todos os sintomas interferem diretamente na qualidade de vida da pessoa. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Há quatro tipos básicos de esquizofrenia. A esquizofrenia paranoide, que é “caracterizada pela presença de delírios mais ou menos estáveis que, de modo

geral, são acompanhados por alucinações, principalmente auditivas, e outras alterações sensoperceptivas” (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 420 e 421), tendo início geralmente aos 35 anos de idade, com o curso podendo acontecer através de episódios ou ser crônico. A esquizofrenia hebefrênica ou desorganizada ocorre, em geral, antes dos 25 anos de idade e tem uma evolução rápida. É caracterizada por “hiperatividade desorganizada, incongruência emocional com maneirismos, estereotípias. A pessoa manifesta comportamento bizarro, pueril, imprevisível”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 420 e 421). O Prognóstico não é muito promissor, em decorrência da presença de muitos sintomas negativos. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 420 e 421).

Na esquizofrenia catatônica há predomínio dos “distúrbios psicomotores que podem se alterar entre pólos opostos, como hiperatividade, hipercinesia, estupor catatônico, obediência automática, verbigeração, mutismo ou alogia, ecolalia, ecoproaxia, estereotípias e negativismo”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 421). Já na esquizofrenia indiferenciada ou simples, a pessoa apresenta “desenvolvimento insidioso, progressivo, no qual podem ser percebidos sintomas negativos, como embotamento afetivo, hipobulia ou abulia e hipoatividade, com escassa manifestação de sintomas positivos”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 421).

ABC Glossário

Hipercinesia: atividade muscular aumentada.

Estupor catatônico: Um indivíduo catatônico é uma pessoa viva, indiferente ao mundo exterior. Vive nos seus pensamentos, como se criasse um mundo só para ela.

Verbigeração: é a repetição de palavras ou sentenças absurdas. A verbigeração é muito comum no discurso do esquizofrênico.

Mutismo: Ausência de linguagem, voluntária ou não. Estado de quem não quer exprimir seu pensamento. Mudez.

Ecolalia: é uma característica do período de balbúcio no desenvolvimento de uma criança. A criança repete (eco) o mesmo som, repetitivamente. É também comum em alguns pacientes com esquizofrenia do tipo catatônico.

Ecoproaxia: é a repetição compulsiva dos movimentos e maneirismos de outra pessoa.

Hipobulia ou abulia: trata-se da incapacidade de concretizar ações, falta de iniciativa e relaciona-se à indecisão.

O tratamento da esquizofrenia ainda é um grande desafio para a psiquiatria. É necessária a integração de vários conhecimentos para o atendimento das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais da pessoa. Os familiares também precisam de assistência. Os psicofármacos são o tratamento de escolha, mas é preciso associar psicoterapias, psicoeducação, educação física e outros. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Ações de enfermagem: é preciso encorajar o cliente a manter-se na realidade, aproveitando cada contato com ele. Pesquisar, juntamente com o cliente, quais são suas habilidades e interesses, para mantê-lo na realidade e socializá-lo, e, a partir de atividades de acordo com o cotidiano do cliente, inseri-lo concretamente. Estimular e propiciar a participação do cliente em pequenos grupos. Estabelecer relação de confiança com o cliente, pois, dependendo dos sintomas, a pessoa desconfiará de todos; permanecer ao lado do cliente, mesmo que ele não diga nada. Cumprir as promessas feitas. Permitir ao cliente que verbalize suas ideias, dentro de um determinado tempo, sem discutir ou negar o que ele expressa. Não estimular a expressão de suas ideias fora da realidade, com perguntas ou comentários sobre as ideias expostas. Tentar mantê-lo centrado na realidade, a partir do cotidiano vivido, como, por exemplo, uma visita que ele tenha recebido ou um trabalho que ele realizou; “folhear revista, bordar, oferecer material para escrever ou desenhar, entre outros, para que ele possa permanecer na realidade por mais tempo”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 428).

BOX

Controlar a ansiedade em face das mudanças bruscas de comportamento, decorrentes da sintomatologia exuberante como delírio, alucinação e despersonalização. Considerar que o cliente também experimenta ansiedade nessas situações. Ouvir atentamente o cliente quando ele fala sobre seus sentimentos, porque, em geral, a pessoa não consegue fazê-lo, ou acha que ninguém o entende nem se interessa por ele, havendo, assim, perda de autoestima. Valorizar seus esforços, mesmo quando de forma incipiente, para obter mudanças de comportamento. Encorajar o contato visual, ser assertivo, demonstrando ao cliente que acredita que ele é capaz de expressar seus sentimentos. Estar atento ao estabelecimento de metas. [...] Estar atendo ao risco de suicídio quando a pessoa toma conhecimento de sua moléstia. Muitos dizem que não sabem se vão suportar o sofrimento. Comunicar o risco a toda a equipe, aumentar a vigilância. Encorajar e manter a pessoa ocupada e motivada, para que se sinta útil.

Fonte: STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, EvaldaCançado. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole, 2008, p. 429 e 430.

As ações dos profissionais de saúde, nas síndromes psicóticas, têm papel decisivo na recuperação do cliente. É preciso ter como meta manter o cliente em uma realidade coerente o maior tempo possível, fazendo uso de estratégias pertinentes e necessárias, para que ele possa ser reintegrado à sociedade. (STEFANELLI *et al*, 2008).

11.3 Síndromes afetivas ou transtornos do humor (TH)

Para que possamos compreender os transtornos do humor, é importante compreendermos que o humor é um “estado emocional interno e duradouro que dá colorido à vida psíquica da pessoa, o afeto é a expressão externa do tom emocional da pessoa” (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 430). Os TH têm como características alterações patológicas que levam a pessoa a perder controle sobre seu humor e seus afetos. Eles são classificados como depressão, mania, transtorno bipolar. (STEFANELLI *et al*, 2008).

11.3.1 Depressão

Os sintomas da depressão apresentam diversidade, reações ao tratamento, alterações no curso da vida e prejuízos sofridos durante a vida, os quais causam uma interação complexa e afetam a qualidade de vida da pessoa com depressão. “As alterações e os sintomas dos episódios depressivos estão centrados na função psíquica da afetividade, mais especificamente do humor”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p. 449). Há perda de energia, perda da capacidade de experimentar prazer, acompanhadas de queixa profunda ou aparência de tristeza profunda. A pessoa apresenta dificuldades para descrever o que vivencia. Os sintomas podem ser leves, moderados ou graves, com ou sem sintomas psicóticos. (STEFANELLI *et al*, 2008,).

Critérios para o diagnóstico de episódio depressivo, segundo a CID-10 ¹⁵ (D)	
Sintomas fundamentais:	
• Humor deprimido; • Perda de interesse; • Fadigabilidade.	
Sintomas acessórios:	
• Redução da concentração e da atenção; • Diminuição da autoestima e da autoconfiança; • Ideias de culpa e inutilidade; • Visões desoladas e pessimistas do futuro; • Ideias de suicídio, ou atos autolesivos ou suicídio; • Perturbação do sono; • Diminuição do apetite.	
* Episódio leve: 2 fundamentais + 2 acessórios Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 acessórios Episódio grave: 3 fundamentais + 4 ou mais acessórios	

Figura 22: Critérios para o diagnóstico de episódio depressivo.

Fonte: BRASIL *et al*, 2011. http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/depressao_unipolar-diagnostico.pdf acesso 19/10/2014.

11.3.1.1 *Distímia*

Significa “mal humor”, tem características parecidas com um episódio de depressão, porém de forma mais branda e com duração de menos de dois anos. A pessoa queixa-se de cansaço, de ter uma sensação de tristeza e falta de interesse pelas atividades rotineiras, apresenta dificuldade de experimentar prazer. A pessoa também apresenta insônia e se torna uma pessoa políquelixa, apesar de conseguir desenvolver suas atividades diárias.

11.3.1.2 *Depressão pós-parto*

A depressão pós-parto também é chamada de melancolia da maternidade e é atribuída às mudanças rápidas de hormônio, ao estresse do parto e ao novo papel de mãe, vivido pela mulher. São sintomas de tristeza, disforia, choro frequente, dependência excessiva, geralmente ocorrendo três dias após o parto.

O tratamento da depressão é feito com antidepressivos e/ou associado a outros medicamentos. Sempre que necessário, o cliente precisa ser reavaliado para que o médico possa introduzir antipsicóticos, estabilizadores de humor ou, em casos graves, eletroconvulsoterapia. É preciso associar psicoterapia, terapia ocupacional, terapia psicoeducacional e enfermagem. (STEFANELLI *et al*, 2008).

Glossário **ABC**

Eletroconvulsoterapia: é um tratamento para doenças psiquiátricas, principalmente a depressão. O objetivo é promover uma estimulação elétrica no cérebro, com a finalidade de induzir uma crise convulsiva que dura ao redor de 30 segundos, mas já suficiente para aliviar os sintomas das doenças. O tratamento é feito em sessões; o número de aplicações é definido pelo psiquiatra. Tudo é feito em um ambiente hospitalar, com o paciente anestesiado, para que não sinta desconforto ou dor, sendo a liberação feita no mesmo dia.

Ações de enfermagem: vigilância constante, devido ao risco de violência contra si, apresentado pelo paciente com depressão, considerando o fato de que ele pode tentar colocar em prática sua ideia de suicídio. Observar, registrar e comunicar à equipe, ao cuidador e aos familiares as mudanças de humor percebidas. Não utilizar frases como: “Vamos lá, essa tristeza passa.”, “Veja o dia como está lindo!”, “Vamos, ânimo!”. Utilizar frases curtas, objetivas e no nível de compreensão do cliente, para explicar algo ou valorizar seus pequenos progressos. “Não demonstrar para o cliente decepção ou ansiedade, pela ausência de resposta”. Manter observação constante aos cuidados relacionados à medicação. Ressaltar a importância da continuidade do tratamento, dan-

do ênfase na continuidade, para evitar recaídas. Assim, é comum que alguns sintomas entrem em remissão, e que o cliente queira desistir do tratamento. Estimular o cliente a desempenhar atividades de autocuidado como higiene oral e corporal, com aparência, alimentação, hidratação, sono, repouso, lazer, ocupação e outras. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.459).

11.3.2 Transtorno bipolar (TB) e mania

O TB é uma doença crônica que compromete o funcionamento e o bem-estar da pessoa e de sua família, no curso de sua vida. O TB é caracterizado por episódios de polaridades opostas ou mistas, ou de remissão. “Os episódios são caracterizados por mania (euforia ou alegria patológica), hipomania (forma acentuada de mania), depressão, sendo comum ocorrer sintomas depressivos em um episódio de mania”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.477).

A mania é caracterizada por uma euforia ou alegria patológicas, havendo a presença da aceleração de quase todas as funções psíquicas, manifestando-se como agitação psicomotora, exaltação e pensamento acelerado. A pessoa ainda pode apresentar: aumento da autoestima, insônia, logorreia (produção verbal rápida), distraibilidade, irritabilidade, arrogância, heteroagressividade, desinibição social e sexual, ideias de grandeza, de poder, de importância social, alucinações, etc. (DALGALARRONDO, 2000).

BOX

Transtorno bipolar tipo I: episódios depressivos, leves a graves, intercalados com fases de normalidade e fases maníacas bem caracterizadas.

Transtorno bipolar tipo II: episódios depressivos, leves a graves, intercalados com períodos de normalidade e seguidos de fases hipomaníacas (aqui o paciente não apresenta fases evidentemente maníacas, mas apenas hipomaníacas).

Transtorno bipolar, tipo “ciclador” rápido: nesses casos, ocorrem muitas fases depressivas, maníacas, hipomaníacas ou mistas, em um período curto de tempo, com apenas breves períodos de remissão. Para o diagnóstico rápido, é necessário que o paciente tenha apresentado pelo menos quatro fases bem caracterizadas e distintas de mania (ou hipomania) e/ou depressão, em período de um ano.

Fonte: DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p. 195.

O TB tem forte influência de fatores genéticos, neurobiológicos, neuroendócrinos, entre outros. O tratamento do TB é feito com estabilizadores de humor (lítio e anticonvulsivantes), antidepressivos, eletroconvulsoterapia e psicoterapias, terapia psicoeducacional, entre outros.(STEFANELLI *et al*, 2008).

Ações de enfermagem: informar e orientar a família sobre a importância da identificação dos sintomas e da não interrupção da medicação sem orientação médica. Observar as manifestações dos sintomas, inclusive devido ao uso da medicação, pois já foram observados casos de associação de sintomas maníacos ao tratamento com antidepressivos (virada maníaca), bem como a indução de ciclagem rápida. Orientar o cliente e familiares sobre a medicação prescrita, sobre quais são os efeitos esperados e os efeitos colaterais, oferecer explicações claras a respeito das oscilações de comportamento que podem ocorrer. Orientar o cliente e a família a procurar o serviço de saúde mental quando ocorrerem mudanças no comportamento do cliente, seja em relação ao estado do humor ou às mudanças nos hábitos de vida diária. “Encaminhar cliente e familiares para programa psicoeducacional dirigido para transtornos do humor. Se não houver estes programas, estimular sua criação junto a clientes, familiares, amigos e comunidade”. (STEFANELLI *et al*, 2008, p.482).



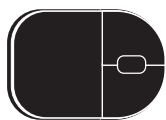
Para saber mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre os transtornos psíquicos, veja os filmes: sobre esquizofrenia, “Uma mente brilhante”; sobre depressão, “As horas”; sobre Transtorno bipolar, “Mr. Jones”.

Resumo

Nessa aula, você estudou:

- As principais síndromes são as psicóticas (esquizofrenias, outros transtornos psicóticos), as síndromes afetivas (transtornos depressivos, mania, transtorno bipolar), síndromes neuróticas, ansiosas e somatoformes (transtornos ansiosos, fobias, somatizações, hipocondria, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos conversivos, outros transtornos), síndromes relacionadas a substâncias psicoativas (uso abusivo, dependência, abstinência), síndromes mentais e orgânicas (*delirium*, demência, outros transtornos).
- As ações de enfermagem, em qualquer dos transtornos, devem ser de informar e orientar a família sobre a importância da identificação dos sintomas e da não interrupção da medicação sem orientação médica, além da correta discussão do caso em equipe.



Atividade

1. Organize um quadro com os transtornos psíquicos estudados e com os sintomas que cada transtorno apresenta.

Aula 12 – Prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de substâncias psicoativas

“O escravo tem nas mãos os meios de cancelar seu cativoiro”

(Shakespeare, W, 1564-1616; Júlio César – Cena III – Ato I)

Objetivo

Conhecer as formas de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de substâncias psicoativas e as possíveis intervenções que os agentes de saúde podem utilizar para trabalhos com a comunidade.

12.1 Introdução

Caros alunos, nessa aula discutiremos sobre o impacto que as substâncias psicoativas causam no organismo humano e suas consequências, tendo em vista o fato de que o uso abusivo dessas substâncias traz diversos tipos de problemas, inclusive problemas sociais. Abordaremos a prevenção, o tratamento e a reinserção social daqueles que são dependentes dessas substâncias, possibilitando a vocês uma atuação como agentes de saúde, para minimizar os impactos causados pelo uso das substâncias psicoativas.

12.2 Substâncias psicoativas

12.2.1 Conceito

Também chamadas de drogas psicoativas. Tais substâncias, quando consumidas, atuam no organismo humano, principalmente nos órgão do Sistema Nervoso Central (SNC), alternando desde funções cerebrais, afetando a percepção, o comportamento, humor, até a consciência. Geralmente essas alterações têm finalidades recreativas, científicas e/ou médico-farmacológicas.

12.1.2 Tipos de drogas

As drogas são classificadas de acordo com sua ação no organismo, sendo: depressoras, estimulantes e alucinógenas. É necessário que os agentes de saúde saibam quais são essas drogas e os seus efeitos no organismo. A seguir,

falaremos sobre cada uma dessas classificações e as principais substâncias psicoativas que compõem cada grupo.

12.1.2.1 Drogas depressoras

As drogas depressoras são aquelas que tornam a atividade do SNC mais lenta. Entre essas drogas, estão os benzodiazepínicos, os solventes (inalantes) e os opioides.

Benzodiazepínicos

São comumente chamados de tranquilizantes ou ansiolíticos. São utilizados para diminuição da ansiedade. Sua administração deve ser realizada apenas sob prescrição médica, tendo em vista que os ansiolíticos reduzem a atividade de determinadas regiões do cérebro, o que leva a: a) indução do sono; b) relaxamento muscular; c) redução do estado de alerta; d) dificuldades nos processos de aprendizagem e memória e e) diminuição da ansiedade. Além disso, essas drogas prejudicam as funções psicomotoras, dificultando atividades como dirigir automóveis, aumentando a probabilidade de acidentes.

Apesar de seus efeitos, os benzodiazepínicos são medicamentos relativamente seguros, contudo, quando administrados com uma dose tóxica (que equivale 20 vezes a dose terapêutica), eles podem trazer danos ao indivíduo, tais como: hipotonia muscular (dificuldade de andar e ficar em pé), diminuição da pressão sanguínea.

Dica



A OMS (2001) recomenda a prescrição dos benzodiazepínicos por período entre 2 a 4 semanas, no máximo, e apenas nos quadros de ansiedade e insônia intensas.

Solventes

Na química, estudamos sobre os solventes. Sua definição se baseia na substância que dissolve outras substâncias. Alguns solventes são voláteis (passando estado líquido para o gasoso, na temperatura ambiente) e, dessa forma, são inalados para se obter alterações psíquicas. Os solventes estão presentes na maioria dos produtos de fabricação para uso doméstico ou industrial, sendo o mais comum a cola de sapateiro. Além desse, há, também, o cloreto de etila (lança-perfume), tiner, aguarrás, gasolina, entre outros.

Os indivíduos que fazem uso dessas substâncias, geralmente, são atraídos pelo início do efeito rápido, baixo custo e facilidade de aquisição.

Os solventes possuem efeito bifásico, causando excitação inicial e, em seguida, depressão do funcionamento cerebral. Veja esquema abaixo, para melhor compreensão:



Os efeitos dos solventes são extremamente danosos ao organismo, podendo causar: rinite crônica, mau hálito, feridas, conjuntivite e bronquite. Quando o SNC já está acometido, pode desenvolver perda de apetite e de peso, irritabilidade, agressividade, depressão, entre outros sintomas.

Os agentes de saúde devem saber identificar os indivíduos que fazem uso de inalantes, para possíveis intervenções e/ou encaminhamentos. Estes geralmente apresentam os seguintes aspectos: cheiro forte no hálito ou roupa; manchas de tintas e outros produtos, escondidos sob a manga da roupa; aparência desorientada; fala embaralhada; perda do apetite ou, ainda, apresentando náuseas, desatenção, irritação ou depressão.



Dica

Opioides

São drogas com grande importância na medicina, sendo considerados como poderosos analgésicos. No entanto, são utilizados como drogas de abuso, instalando-se, rapidamente, a dependência. Os opioides são substâncias derivadas do ópio e classificam-se em naturais ou sintéticos, sendo sintéticos criados a partir dos naturais. Um exemplo de opioides sintéticos é a heroína, desenvolvida por meio de um radical metil, em procedimentos laboratoriais.

2.1.2.2 Drogas estimulantes

Drogas que provocam alterações no funcionamento mental, modificando comportamento, tendo como resposta do organismo a agitação, excitação e insônia. As principais drogas estimulantes associadas a problemas sociais, físicos e mentais são as anfetaminas, a cocaína e a nicotina. Falaremos brevemente sobre cada uma delas:

Anfetaminas

São produzidas em laboratório, com objetivo de diminuição do cansaço e redução do apetite. Muitas pessoas utilizam as anfetaminas com o objetivo de emagrecer, devido a seu efeito de redução do apetite, contudo essas pessoas não são informadas sobre o efeito potencial de desenvolvimento de dependência dessas substâncias. Para a Organização Mundial de Saúde (2001), as

anfetaminas só devem ser prescritas para indivíduos que apresentem Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40.

Cocaína

Substância extraída das folhas de um arbusto que cresce no planalto de países como Bolívia, Peru e Colômbia. Seu consumo aumentou muito no Brasil entre as décadas de 1980 e 2000.

No organismo humano, o uso provoca alterações das funções mentais, modificando a comunicação entre os neurônios. As principais consequências de seu uso abusivo são: alteração do raciocínio, das emoções e dos sentidos de visão e audição.

Seu padrão de consumo está no uso, que se dá sob forma de pó, aspirado pelo nariz, fumado como crack ou pasta base, ou por via injetável.

Nicotina

Consumida comumente na forma de cigarro de tabaco. O consumo de tabaco é o principal causador de danos à saúde nas populações, além de ser a principal causa de morte evitável no mundo.

Dica



O consumo de tabaco no Brasil não é considerado crime, sendo assim, adota-se uma política de prevenção e restrições à propaganda, uma vez que o Ministério da Saúde apoia o tratamento gratuito em serviços de saúde. Você, como agente de saúde, deve pesquisar tais serviços, discutir com seus colegas de curso e socializar para que, tendo contato com situações em que é necessário tal encaminhamento, você saiba orientar a pessoa que faz o uso abusivo de nicotina.

12.1.2.3 Drogas alucinógenas

No organismo, essas drogas produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, com delírios e alucinações que alteram a capacidade de discriminar medidas de tempo e espaço. As principais drogas alucinógenas são: o LSD, o êxtase e a maconha. Falaremos brevemente sobre cada uma delas:

Promoção da Saúde Mental

LSD

A sigla LSD deriva da palavra alemã *Lysergsäurediethylamid*, que significa Dietilamida ou Ácido Lesérgico. O LSD é considerado como a droga alucinógena mais potente. É comumente encontrado como um “mata-borrão”, com figuras e desenhos. Quando utilizado, sua absorção é rápida, com efeitos surgindo dentro de 20 a 60 minutos, tendo duração de acordo com a dose consumida, podendo chegar a até 8 horas.



Figura 23: Mata-borrão de LSD.

Fonte: Cultura Mix. <http://www.culturamix.com/wp-content/gallery/as-drogas-digitais-conheca-o-lsd-2/as-drogas-digitais-conheca-o-lsd-4.gif>. Data de acesso: 23/10/2014

O LSD atua no sistema serotoninérgico, causando alucinações com formas coloridas e aumento da percepção visual e auditiva. Pode causar também depressão, alterações sensoriais assustadoras e sensação de pânico.

Êxtase

É consumido sob a forma de comprimidos, caracterizado como substância sintetizada em laboratórios clandestinos, a partir da alteração da estrutura da molécula de anfetamina. Seu uso geralmente é associado ao álcool e à maconha e seus principais efeitos são: causa ansiedade e percepções alteradas, afeta o pensamento, o humor e a memória, aumenta a frequência cardíaca, sudorese e hipertermia. Os efeitos do êxtase no organismo podem durar até 3 horas.

Maconha

Apesar do seu histórico na produção têxtil, o uso da maconha, derivada da planta *Cannabis* (*Cannabis sativa*), é proibido no Brasil. A *Cannabis* é uma planta dioica (possui sexos separados), em que a planta feminina contém uma maior quantidade de princípios ativos. As flores e folhas da planta secretam uma resina que contém mais de 400 compostos químicos, com cerca de 60 deles contendo princípios ativos chamados de Canabinoides, entre eles o tetrahydrocannabinol (THC), que possui propriedades psicoativas.

A maconha é comumente usada na forma de fumo. Seu efeito demora até 10 minutos para aparecer no organismo, sendo o pico cerca de 30 minutos após o uso, momento em que a droga se concentra no cérebro. Após 60 minutos, o efeito começa a se reduzir, contudo, como sua liberação dos tecidos adiposos é lenta, podem-se encontrar traços na urina até semanas ou meses após o último uso. O uso da maconha é impossível de ser injetável, devido ao fato de o THC ser insolúvel em água. Os principais efeitos do uso da maconha no organismo são: relaxamento, prolongamento da percepção do tempo, leve estado de euforia, risos imotivados, devaneios, olhos avermelhados, boca seca e taquicardia.

12.2 Breve história do álcool

No Brasil, antes da colonização dos portugueses, os índios já produziam e consumiam uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada *caium*. Os índios usavam a bebida, culturalmente, em rituais e festas. Além da bebida fermentada, os índios usavam tabaco. O uso do tabaco era desconhecido pelos portugueses. Os portugueses conheceram e começaram a produzir a cachaça a partir da produção de açúcar, no processo de fabricação do mosto (mistura açucarada, destinada à fermentação alcoólica), ao descobrirem um melaço que era dado aos animais e escravos, denominado “cagaça”, posteriormente chamado de cachaça, a qualera, inicialmente, destilada em alambiques de barro e, posteriormente, em alambiques de cobre.

12.2.1 O álcool, consumo e consequências

Entre as substâncias psicoativas, o álcool é a mais consumida no Brasil. Além disso, essa droga está relacionada a danos diretos e indiretos à saúde da população e é considerada a droga mais negligenciada, levando em consideração a prevenção, o diagnóstico e o tratamento pelos profissionais da saúde.

O uso do álcool acompanha a humanidade desde os primórdios de sua história, sendo seu uso, muitas vezes, parte da cultura de que não desencadeia

Promoção da Saúde Mental

problemas. Isso, no entanto, dificulta lidar com o fato de que, para cerca de 30% das pessoas, o uso se torna abusivo e gera problemas, entre eles a dependência.

O etanol é o álcool presente nas bebidas alcoólicas, o qual pode ser adquirido de diferentes fontes como a cana-de-açúcar, além de outros frutos e grãos. No nosso país, há uma diversidade de bebidas alcoólicas, tendo, cada uma delas, uma porcentagem diferente de álcool em sua composição. Veja, na tabela abaixo, algumas bebidas com seu percentual de álcool:

Bebida	Porcentagem de álcool
Uísque, vodca, pinga	40%
Vinho	12%
Cerveja	4,5 a 7%

Fonte: Saúde e vida.

Disponível: <http://www.saudevidaonline.com.br/alcool.htm>. Data de acesso: 22/10/2014

Mitos e verdades sobre o álcool

Algumas pessoas acreditam que café forte e banho gelado podem acabar com os efeitos do álcool no organismo. Outras já acham que as bebidas alcoólicas são recomendadas para se ter um melhor desempenho durante uma relação sexual. Diante dessas situações, veja, no quadro a seguir, alguns mitos e verdades em relação a situações corriqueiras que são difundidas como sendo verdadeiras.

Mitos	Verdades
O álcool ajuda a dormir melhor.	Faz diferença beber lentamente e rapidamente.
Bebidas energéticas, adicionadas a bebidas alcoólicas, reduzem os efeitos prejudiciais sobre a coordenação motora.	Grande parte dos acidentes de trânsito é provocada por motoristas que estavam alcoolizados.
Deve-se administrar glicose a pessoas embriagadas.	Tomar café pode reduzir os efeitos de sonolência do álcool.
Bebidas alcoólicas melhoram o desempenho sexual.	O banho frio apenas ajuda a “acordar”, devido à sensação desagradável que provoca.

Fonte: Acerco pessoal

Lactantes não devem beber nenhuma dose de bebida alcoólica, pois uma pequena quantidade de álcool que passa pelo leite materno já é suficiente para prejudicar o padrão de sono do bebê.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), considerando pessoas de todas as idades e todos os locais do mundo, o uso de álcool



Dica

está associado a 1,3% da carga geral de anos de vida perdidos por incapacidade ou morte, relacionados ao uso abusivo de drogas, e, para os homens, essa taxa praticamente dobra. Considerando apenas a incapacidade para pessoas entre 15 e 44 anos de idade, de ambos os sexos, o álcool é responsável por 5,5% de perda de anos por incapacidade, sendo essa a segunda causa de perda mais importante.

O consumo de álcool está associado a muitos problemas sociais. O aumento do consumo de álcool colabora para o agravamento dos problemas sociais e esses problemas levam os indivíduos a utilizarem mais álcool e outras drogas abusivamente. Os principais danos sociais relacionados ao consumo de álcool são: violência, acidentes, vandalismo, desordem pública, problemas familiares, problemas interpessoais, problemas financeiros, problemas no trabalho, dificuldades educacionais e custos sociais. (BABOR, CAETANO, CASSWELL, 2003).

12.2.2 – O uso do álcool é apenas uma questão cultural?

Caros cursistas, reflitam acerca da seguinte pergunta:

Se afirmassem para vocês que o uso de álcool se limita à questão cultural, vocês concordariam?

Após o estudo desse subtópico, voltem a essa pergunta e verifiquem se sua resposta coincide com o que havia pensado inicialmente.

A bebida está bem presente na cultura brasileira, fazendo parte de nosso jeito de ser socialmente. Grupos sociais e indivíduos possuem suas peculiaridades ao responder a estímulos produzidos no contexto onde vivem. Para cada festividade, as pessoas possuem uma determinada bebida que utilizam. Nas festas juninas, consomem o “quentão”; no Natal, consomem vinho; no carnaval, consomem cerveja, contudo, essas bebidas não são utilizadas apenas nessas datas, mas são características de cada umas dessas datas comemorativas.

Devido ao seu preço, o baixo custo, a cachaça é a bebida mais consumida pela população. O seu consumo pode trazer transtornos para o próprio indivíduo que a consome e também para aqueles que estão a sua volta.

Diante disso, surgem as perguntas: Por que as pessoas bebem? Quando bebem, como consomem? O uso é moderado ou abusivo? Essas perguntas, agregadas à pergunta inicial, devem fazer parte de sua reflexão acerca do assunto tratado. Vamos continuar com a leitura para verificarmos o desfecho dessa questão.

Cada organismo age de forma diferente diante de uma mesma quantidade de álcool consumido. Ou seja, com uma única dose, algumas pessoas podem

ficar alegres, outras podem se tornar agressivas ou violentas. Outra situação semelhante a essa é a daquelas pessoas que sentem de maneira diferente os efeitos de uma mesma droga, em diferentes circunstâncias e contextos.

Dessa forma, a ação de uma droga no organismo dependerá do efeito da droga (excitantes, depressoras ou perturbadoras), da personalidade do indivíduo que faz o uso, bem como de suas condições físicas e psíquicas, inclusive suas expectativas e o contexto de uso dessa droga.

12.2.2.1 – Alcoolismo X embriaguez



Figura 24: Uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Fonte: Uso e dependência de álcool. <http://1.bp.blogspot.com/-6v52ZNMZflk/UFx3aMYRTKI/AAAAAAAAA-ALA/fWFKLsoQ6J0/s1600/dependencia+q.bmp>. Data de acesso: 21/09/2014

Alcoolismo se refere à dependência do indivíduo ao uso do álcool, sendo o uso constante, sem controle e progressivo de bebidas alcoólicas, comprometedor do funcionamento adequado do organismo, às vezes tendo consequências impossíveis de se reverter. O alcoolismo é uma noção que apareceu pouco tempo após as circunstâncias que ele caracterizou, contemporâneo dos anos seguintes à industrialização, um desejo desesperado de responder a condições de vida deploráveis. (ONFRAY, 1999).

A embriaguez do alcoolista supõe um homem tornado objeto, incapaz, a partir de então, de se abster de bebidas perturbadoras. Muitas vezes sua dependência está relacionada a uma incapacidade de encontrar, em si próprio, o que permitiria um domínio, uma resistência às dores do mundo. (ONFRAY, 1999).

Nesse momento, vocês devem estar se perguntando: O que faz uma pessoa se tornar dependente de substâncias psicoativas? Por que algumas pessoas se tornam dependentes e outras não? As respostas a essas perguntas são: Existem

diversos fatores envolvidos no processo, para que a pessoa se torne ou não um dependente. Entre outros, podemos destacar os seguintes fatores: 1. Genética; 2. Neurobiologia; e 3. Ambiente. Falaremos brevemente sobre cada um deles:

Dica

Acesse o link abaixo e faça a leitura do artigo que visa conceituar e descrever o conceito de gerenciamento de caso clínico inicial, aplicado ao tratamento de dependentes do álcool e suas principais etapas.

Fonte: Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a16v26s1.pdf>> Data de acesso: 17 out 2014.

Genética

O alcoolismo pode estar associado a algum componente familiar preponderante, com os descendentes de alcoolistas tendo uma estimativa de 40 a 60% de risco para desenvolver o transtorno. Isso se deve, em parte, a herança de genes. Contudo o fato de existir uma influência genética, ou seja, haver uma maior vulnerabilidade, não quer dizer que a dependência de álcool seja apenas herdada, ou seja, que o indivíduo esteja condenado à dependência. No entanto, caso tenha alguém com histórico familiar de dependente, a pessoa deverá ser informada de que poderá correr maior risco de desenvolver a dependência do que a população em geral.

Neurobiologia

É necessário se ater também aos fatores neurobiológicos quando se fala de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, pois esses fatores estão relacionados tanto com o início como com a manutenção dos sintomas de dependências.

Estudos apontam que as drogas podem afetar e alterar o sistema nervoso central, o que pode ter como consequências alterações que se tornam inadequadas, mal adaptativas, levando à administração de álcool e outras drogas.

Cada droga vai atuar diferentemente no organismo do indivíduo, contudo elas possuem em comum o local de ação no cérebro. Atuam em uma via de circuitos neuronais, responsáveis pelo **sistema de recompensa cerebral**. É comum que essa região do cérebro seja estimulada quando o indivíduo sente prazer, ocorrido por causas físicas ou psicológicas, tais como: comer um alimento saboroso ou apreciar uma boa música.

**Para saber mais**

Assista a uma animação, a qual demonstra o “Sistema de recompensa cerebral”, em: <http://www.virtual.epm.br/material/depquim/4flash.htm>.

Você, como futuro Agente de Saúde, quando for trabalhar na área de dependência de substâncias, lembre-se de sempre acompanhar os avanços da ciência e buscar entender os mecanismos neurobiológicos que estão associados com a passagem do uso controlado de drogas, até o desenvolvimento de dependência.

**Dica**

Ambiente

O ambiente está relacionado ao quesito condicionamento. Para a psicologia, o sujeito se torna condicionado a determinadas atividades após receber estímulos, quer sejam positivos ou negativos. Um cachorro, após receber comida, depois de um efeito sonoro, passando por um número de vezes pela mesma experiência, em determinado momento, só de escutar o mesmo efeito sonoro, sem a recompensa da comida, começa a salivar. Com o uso de substâncias psicoativas, acontece coisa semelhante, ou seja, ao ser visualizado o local (ambiente) onde o usuário costumava utilizar a droga, pode-se estimular a vontade de utilizá-la, pois, provavelmente, houve uma associação entre o ambiente e o efeito da droga. O contrário também é verdadeiro, pois ambientes ricos em estímulos positivos, com o acesso a recursos ou estresse diminuído, podem reduzir a autoadministração de drogas.

Problemas de saúde gerados pelo uso abusivo de álcool

Como dito no início dessa aula, o álcool é a droga mais consumida no mundo. Devido a esse fato, o álcool está na lista dos maiores causadores de problemas de saúde no mundo, pois sua ação no organismo humano afeta praticamente todos os sistemas orgânicos, em graus diferenciados. A seguir, abordaremos os problemas de saúde causados pelo uso abusivo do álcool.

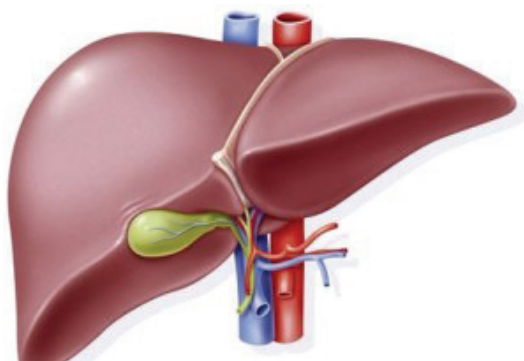


Figura 25: Fígado humano.

Fonte: <http://cutucando.com/wp-content/uploads/2011/02/figado-300x204.jpg>. Acesso 10/10/2014.

O fígado (figura 13.1) é um dos órgãos mais afetados pelo consumo. Ele é comumente atingido pelo uso abusivo das bebidas alcoólicas e pode causar prejuízos de diversos níveis. Os agentes de saúde devem estar atentos para um encaminhamento adequado, pois geralmente os sintomas não se correlacionam com a gravidade do problema.

As principais doenças causadas pelo álcool são: Esteatose hepática; Hepatite; Pancreatite e Síndrome Disabsortiva. Além disso, o álcool afeta o sistema cardiovascular, o sistema nervoso, o sistema hematológico, o sistema imunológico e o sistema endócrino.

Esteatose hepática: ocorre uma infiltração gordurosa do fígado, assintomática, o que possivelmente evoluirá para uma cirrose hepática, que, não sendo tratada, poderá gerar a falência do órgão.

Hepatite: é a inflamação e morte das células do fígado. Sua causa pode ser por infecção viral ou uso abusivo de álcool. Os principais sintomas: dor e desconforto na região superior direita do abdome, febre e icterícia. Deve-se ter muito cuidado, pois essa doença pode evoluir de forma gradual e assintomática.

ABC Glossário

Icterícia se refere ao aspecto que geralmente os portadores de doenças hepáticas apresentam, caracterizando por cor amarelada dos olhos e aumento das bilirrubinas (enzimas hepáticas).



Figura 26:

Paciente com alto grau de icterícia - olhos amarelos.

Fonte: <http://drjcfonsecaofigado.blogspot.com.br/2009/01/o-figado-as-meninas-e-os-gavioes-dr.html>

Pancreatite: é a inflamação do pâncreas, que pode ocorrer de forma aguda ou crônica. Os principais sintomas são: dor, vômito e constipação intestinal. Na sua forma crônica, a pancreatite pode levar à falência da produção de enzimas (insulina), o que provoca *diabetes mellitus*.

Síndrome disabsortiva: ocasionada pelo efeito deletério do álcool sobre a mucosa intestinal, o que, junto com uma baixa produção de enzimas digestivas, gera quadro de diarreia crônica, levando o paciente à deficiência de vitaminas.

Sistema cardiovascular: o uso abusivo do álcool pode levar o indivíduo a apresentar hipertensão arterial. Além disso, o indivíduo pode desenvolver uma miocardiopatia alcoólica, cujos principais sintomas são: cansaço aos mínimos esforços, falta de ar e inchaço nas pernas.

Há estudos que apontam efeitos benéficos do uso do álcool para coração e artérias, contudo isso ocorre apenas quando o consumo permanece em baixas quantidades. Do contrário, o consumo abusivo do álcool está relacionado ao aumento dos riscos de doenças cardiovasculares.



Dica

Sistema endócrino: o uso abusivo de álcool pode levar a alterações hormonais, causando, nos homens, atrofia (diminuição) testicular, desenvolvimento de mamas e impotência e, nas mulheres, menopausa precoce e diminuição da fertilidade.

Sistema nervoso: o álcool pode afetar tanto as estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC) quanto as do Sistema Nervoso Periférico (SNP). Abordaremos brevemente sobre as doenças dos dois sistemas, relacionadas ao uso do álcool.

SNC: no SNC, uma das doenças mais relevantes é a Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Seus principais sintomas são: falta de coordenação motora, alteração dos movimentos dos olhos e confusão mental. Além de ser caracterizada pela amnésia de Korsakoff, em que há perda de memória recente.

O efeito do álcool sobre o SNC pode causar também a morte de células nervosas (neurônios), levando o indivíduo a apresentar a demência alcoólica, de progressão gradual que, ao final, pode ser difícil de diferenciar de outras demências não induzidas pelo álcool.

SNP: a principal doença que acomete o SNP é a neuropatia periférica. Sua principal causa é a deficiência de vitaminas do complexo B, ocasionando alteração da sensibilidade das extremidades dos membros inferiores e superiores, o que pode gerar dores e dormência, principalmente nos membros inferiores.

Sistema hematológico: devido à ação negativa do álcool sobre a produção e sobrevivência de células sanguíneas, o consumo abusivo do álcool pode causar anemia, trombocitopenia e neuropenia.

Dica

O uso abusivo de álcool mata mais do que todas as drogas ilegais juntas, e as causas de morte variam de cirrose hepática até hipertensão. Sendo assim, você, como agente de saúde, deve perceber, o mais cedo possível, quais são os indivíduos que apresentam problemas iniciais associados ao uso de álcool, para que possa orientá-lo e encaminhá-lo ao serviço de saúde adequado, a fim de que ele não se torne um dependente.

12.3 Prevenção ao uso de substâncias psicoativas

A prevenção está relacionada à extinção da possibilidade de uso de drogas. A partir da prevenção, é oportunizada ao indivíduo uma série de fatores para que ele tenha condições de fazer escolhas.

Com o passar dos anos, o conceito de prevenção tomou novas amplitudes e, a partir disso, foi integrado ao conceito de “Promoção de saúde”.

ABC Glossário

“Promoção de Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde”. (As cartas de Promoção de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Projeto Promoção de Saúde – Brasília, 2002)

12.3.1 Fatores que levam ao uso de substâncias psicoativas

Como visto até aqui, o uso de substâncias psicoativas envolve diversos fatores, entre eles, como estudados, os fatores genéticos, sociais e ambientais.

Os seres humanos, a partir de uma visão psicológica, são seres incompletos, sempre em busca de algo que preencha aquilo que julgam (consciente ou inconscientemente) faltar-lhes, e isso pode ser potencializado a partir da busca por algo que alivie dores ou proporcione prazer. É nesse limiar que se encontram as substâncias psicoativas. Geralmente, são experimentadas, contudo há também o uso sem comprometimento e há questões do uso abusivo.

Promoção da Saúde Mental

Veja, no Box abaixo, os fatores de risco e de proteção, relacionados à prevenção e ao uso de substâncias psicoativas.

BOX

Existem fatores que convergem para a construção das circunstâncias do uso abusivo, chamados de fatores de risco. Também existem fatores que colaboram para que o indivíduo, mesmo tendo contato com a droga, tenha condição de se proteger. Esses são os fatores de proteção.

Fatores de risco são os que tornam a pessoa mais vulnerável a ter comportamentos que podem levar ao uso ou abuso de drogas.

Fatores de proteção são os que contrabalançam as vulnerabilidades para os comportamentos que levam ao uso ou abuso de drogas.

Os fatores de risco e de proteção podem estar:

- nos aspectos biológicos;
- na cadeia genética;
- nas peculiaridades das relações interpessoais;
- nas interações familiares;
- nas oportunidades de contato ou convivência com a droga;
- nas sensações provocadas pelo efeito obtido com o uso da droga;
- na cultura que cada um vive, ou seja, na especificidade de cada indivíduo.

Fonte: Prevenção: novas formas de pensar e enfrentar o problema.

Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/livros/livro_completoiv_oficial%20copia.pdf> Acesso em 22/10/2014

Os fatores de risco e de proteção variam de pessoa para pessoa, em contextos diferentes. Para uma mesma pessoa, em contextos diferentes e analisando-se a sua personalidade, um mesmo fator pode ser de risco ou de proteção. Dessa forma, é necessária a análise de cada caso, para verificar se o fator, para o indivíduo, é de risco ou de proteção.

Diante disso, para o trabalho com grupos, é necessário analisar quais são os fatores de risco, para tentar minimizá-los, quais os fatores de proteção, bus-

cando fortalecê-los, e abstrair a especificidade do grupo, para conseguir identificar os fatores de risco e proteção, assim, conseguir trabalhar a prevenção com os indivíduos constituintes do grupo.

Para finalizarmos a discussão sobre prevenção, é necessário que você, como futuro agente de saúde, perceba que não existe apenas um fator que possa explicar a causa para o indivíduo fazer uso da substância psicoativa. Há situações de vida que estão agregadas ao uso indevido e abusivo de substâncias psicoativas ou não. É inerente, para a sua atuação como agente de saúde, que perceba que os fatores de risco aumentam a probabilidade de uso dessas substâncias, e os de proteção, diminuem essa probabilidade.

12.4 Tratamento do usuário de substâncias psicoativas

O tratamento de usuários de substâncias psicoativas varia de acordo com a substância utilizada e o perfil do usuário. De forma geral, o tratamento pode ser psicoterápico, podendo ocorrer tanto de forma individual como em grupo e farmacológico. Falaremos, a seguir, sobre cada um desses tratamentos, contudo o mais importante para o agente de saúde é saber realizar um encaminhamento adequado para que o indivíduo possa receber os cuidados e tratamento adequados, a fim de se minimizar ou extinguir os problemas causados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

12.4.1 Tratamentos psicoterápicos

A apresentação desse tópico de estudo tem como finalidade que você, como agente de saúde, vislumbre as possibilidades de tratamentos psicoterápicos e que, após estudá-las, tenha elementos para decidir se o usuário tem um perfil que, provavelmente, será adequado, ou não, a determinada modalidade terapêutica e, assim, poderá orientá-lo ou encaminhá-lo adequadamente. Os tratamentos psicoterápicos podem acontecer de forma individual ou em grupo; o que irá fazer com que decida por um ou outro tratamento é o perfil do usuário.

ABC Glossário

Psicoterapia: tratamento psicoterápico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado. O clima de apoio e respeito pelo paciente permite ao terapeuta executar, com a participação deste, as mudanças necessárias para um reequilíbrio de sua vida, sem a necessidade de utilizar drogas. (WOODY, 2003).

Sabemos das dificuldades em tratar dependentes de substâncias psicoativas, principalmente pelo estigma de que estes seriam arrogantes, negadores, pouco cooperativos e desafiadores. Contudo, é importante investir na identificação, abordagem e tratamento desses usuários, em que há, como em qualquer modalidade de tratamento, indicações e contra indicações, além das formas específicas de abordagem que culminarão ou não no sucesso de uma psicoterapia para pacientes usuários de substâncias psicoativas.

Dessa forma, quando utilizadas as técnicas adequadas, é gratificante o trabalho com usuários de substâncias psicoativas, e isso demonstra que o atendimento a esses pacientes é possível, viável, e seus resultados são passíveis de avaliação.

A psicoterapia envolve vários tipos de modalidades que serão situados como opção ao tratamento. Assim, a psicoterapia individual é empregada na abordagem psicológica de casos mais complexos ou situações que impossibilitem o trabalho de grupo. A formação profissional psicodinâmica é requerida para eventual reestruturação da personalidade do usuário.

A **psicoterapia de grupo** oferece a oportunidade de discussão sobre aspectos da dependência, num diálogo entre o terapeuta e o grupo. Assim, o dependente pode aprender novas maneiras de lidar com sua dependência e compartilhar, nos contatos interpessoais, as mesmas angústias, frustrações e expectativas.

A **psicoterapia familiar** está indicada em situações de conflito, devido ao uso de substância psicoativa por um de seus membros, possibilitando a melhoria da comunicação nas relações interpessoais familiares. Essa abordagem é fundamental durante o tratamento do dependente, quando o funcionamento familiar está subjacente à dependência. Nessa situação, a família pode ser vista como recurso de “cura”, em que a abordagem procura estabelecer a necessidade de apoio dos familiares tanto ao dependente quanto ao modelo terapêutico programado.

Entre outras modalidades de terapia, destaca-se a comportamental, que considera o uso de substâncias psicoativas como comportamento aprendido. O indivíduo pode extinguir o comportamento aprendido, se mudar, frente aos episódios de compulsão e recaída. Além disso, é importante evitar outros usuários e locais de uso, estabelecendo alternativas de prazer.

Na **terapia cognitiva**, o objetivo principal é a correção de pensamentos automáticos do indivíduo. Essas terapias mostram boa eficácia em alguns tipos de dependentes, mas correm o risco de insucesso, se a abordagem não visar ao indivíduo como um todo, e não em fragmentos.

Os **grupos de autoajuda**, tais como Alcoólicos Anônimos (AA) e **Narcóticos Anônimos** (NA), são constituídos de indivíduos que discutem os problemas da dependência e, supostamente, superam-nos, visando à ressocialização dos dependentes.

**Para saber mais**

O AA realiza uma pesquisa por amostragem de seus membros, a cada três anos, e, dessa forma, mostra que 60% dos membros recebem, antes e depois de aderir ao AA, algum tratamento ou aconselhamento profissional. Para a grande maioria desse grupo, a experiência tem sido positiva.

O resultado do tratamento está diretamente relacionado à escolha correta da técnica utilizada. Na maioria das vezes, é necessário um tratamento multidisciplinar, no qual são utilizadas diversas técnicas em que constam, além do tratamento medicamentoso, um tratamento por terapia cognitivo-comportamental, terapias de família e terapias de apoio. Sendo assim, é importante que o usuário não desista na primeira tentativa, tendo em vista que se trata de uma doença. Dependentes químicos, geralmente, são mal compreendidos em suas necessidades. O ato de ouvi-los com atenção certamente lhes trará bem-estar e conforto, no seu processo de recuperação, colaborando para que o quadro de dependência se modifique.

12.4.2 Tratamentos farmacológicos

O tratamento farmacológico é aquele em que o usuário administrará algum medicamento, sob prescrição médica, para combater alguns sintomas causados pelo uso de substâncias psicoativas. Como nem todas as substâncias possuem medicações específicas, falaremos dos tratamentos farmacológicos-relacionados à nicotina e ao álcool, uma vez que são substâncias que possuem medicações específicas.

O tratamento da dependência de nicotina consiste na reposição de nicotina ou no uso de medicamentos.

A reposição de nicotina é feita comumente pela goma de mascar e/ou adesivo de nicotina, sendo estes aplicados por qualquer profissional de saúde treinado, sendo esses métodos populares e econômicos. A reposição alivia sintomas de abstinência, além de diminuir a chance de recaídas, sendo seu efeito potencializado, quando associado com medicação e aconselhamento.

Existe também a bupropiona, que é um antidepressivo eficaz no aumento do tempo de abstinência e na redução do aumento de peso. Para esse medicamento, a dose deve ser iniciada com 150mg, uma vez ao dia, e, após alguns dias, passa a ser administrada duas vezes ao dia. A reposição de nicotina pelo adesivo ou goma de mascar deve ser iniciada assim que o indivíduo parar completamente o uso do cigarro.

Não encerramos aqui as possibilidades de tratamentos dos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Existem outras possibilidades de tratamento que são realizadas e funcionam de forma satisfatória e eficaz. Dessa forma, você, como agente de saúde, deve verificar as possibilidades de oferta, na comunidade atendida, e se informar sobre estas para que, quando se deparar com indivíduo que necessita de alguma intervenção, saiba orientá-lo e encaminhá-lo a algum tratamento ou grupo de tratamento.

12.4.3 Reinserção social do usuário de substâncias psicoativas

Reinserção é o oposto de exclusão. Para entendermos o processo de reinserção, partiremos do mais fácil, que é compreender o que é exclusão social. A exclusão social implica uma dinâmica de privação, caracterizada pela falta de acesso aos sistemas sociais básicos, tais como: moradia, trabalho, família, saúde, lazer, entre outros. É um processo imposto à vida do sujeito, e este estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga, aspecto por meio do qual se diz que o sujeito se encontra em vulnerabilidade social.

A reinserção caracterizará o cumprimento do direito e acesso a esses sistemas sociais. Com isso, a reinserção assume o caráter de reconstrução das perdas, ou seja, oportunizar e dar condições ao sujeito de ter aquilo que, em outro momento, foi-lhe privado. O principal objetivo da reinserção é capacitar o indivíduo para que este exerça, em plenitude, seu direito à cidadania. Para o indivíduo em recuperação, deve ocorrer o estabelecimento de uma rede social anteriormente inexistente ou comprometida pelo abuso ou dependência de álcool ou outras substâncias psicoativas. Diante desse panorama, auxiliar o indivíduo a entrar em abstinência ou alterar o seu padrão de consumo deixa de ser o objetivo maior do tratamento, pois a reinserção social torna-se, atualmente, o grande desafio para o profissional que se dedica à área de dependência de substâncias psicoativas.

Para que a reinserção social se efetive, é necessário que o sujeito ocupe novo lugar, tenha novos propósitos, ressignifique seus objetivos, metas e perspectivas, pois viver longe das drogas não é suficiente, é preciso redescobrir o gosto e o sentido da vida.

O processo de reinserção segue alguns passos que são flexíveis, de acordo com cada sujeito. No primeiro momento o profissional mapeia a vida do indivíduo em aspectos significativos. Isso dará suporte a um novo projeto de vida, sendo feito conforme o perfil do indivíduo e a etapa do tratamento em que se encontra. O próximo passo é entrar em abstinência ou alterar o padrão de consumo. Nessa etapa, poderão surgir sentimentos de rejeição, culpa, insegurança, que colocarão o indivíduo em situação de risco. Diante disso, o profissional deverá acolher o indivíduo, com uma atitude solidária e acreditando na sua capacidade de construir ou restabelecer sua rede social, o que irá

determinar a construção de vínculos positivos entre profissional de saúde e indivíduo. Essa parceria estabelecerá a porta para a ajuda e deve estar sempre aberta, sendo necessária a construção de uma via de mão dupla. É necessário compreender a reinserção social como um processo demorado e gradativo, que leva, inicialmente, à superação dos próprios preconceitos, nem sempre aparentes, como a visão de que o indivíduo que faz uso abusivo, ou seja, o dependente de substâncias psicoativas é um coitado ou uma vítima.

Sobre o projeto de vida, esse deve considerar, principalmente, o que o paciente almeja e suas possibilidades reais, dando grande importância às suas escolhas pessoais, à sua responsabilidade pelas decisões e aos comportamentos futuros. O projeto de vida deve ser pessoal, caracterizado de acordo com cada indivíduo, podendo ocorrer uma ou mais revisões do projeto de vida, dependendo da evolução do processo terapêutico.

Para que o projeto de vida obtenha êxito, é necessária uma inter-relação entre diversos aspectos, tais como: profissionais, familiares, econômico-financeiros, comunitários, espirituais, médicos e psicológicos. Não há um aspecto mais importante que outro, o que ocorre é que, em determinado momento, algum desses aspectos podem estar precisando de uma atenção ou ação mais específica.

Resumo

Nessa aula, aprendemos sobre o que são substâncias psicoativas e quais as consequências do uso abusivo destas. Vimos que as substâncias psicoativas são divididas em grupos, sendo depressoras: benzodiazepínicos, solventes, opioides; estimulantes: anfetaminas, cocaína, nicotina; alucinógenas: LSD, êxtase, maconha. Aprendemos sobre o álcool, sua ação no organismo e suas consequências. Sobre a prevenção, aprendemos que ela está relacionada aos fatores de risco e proteção e que estes podem variar, de acordo com o ambiente e a personalidade da pessoa. O tratamento do usuário de substâncias psicoativas consiste numa ação multidisciplinar, sendo necessário, para o melhor tratamento, saber o perfil do usuário.



Atividade

1. Realize uma pesquisa e descubra quais os principais sintomas e tratamento da anemia, trombocitopenia e neuropenia.
2. Como as drogas são categorizadas e qual a importância de sabermos essa classificação?
3. Quais as principais ações na prevenção do uso de substâncias psicoativas?

Promoção da Saúde Mental

4. Como o agente de saúde pode auxiliar no tratamento do usuário de substâncias psicoativas?

Referências Básicas

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2001.

CORREA, R.G. 2011. Introdução à Reabilitação de Dependentes Químicos. IFPR- EaD. www.ifpr.edu.br. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Reforma Psiquiátrica e

Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília. Ministério da Saúde. 2002.

Referências Complementares

AFONSO, Lúcia. Oficinas de dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 3. Rio de Janeiro: Fiotec/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003a.

_____. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 4. Rio de Janeiro: Fiotec/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003b.

_____. Saúde mental, políticas públicas e instituições: programa de educação a distância. Módulo 5. Rio de Janeiro: Fiotec/Fiocruz, Ead/Fiocruz, 2003c.

BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BATISTELA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2# Acesso 20/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Cadernos de atenção básica: saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BOCK, Ana Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Aria de Lourdes Trassi. Psicologia: uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo: Saraiva, 2001.

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, MA; CARVALHO, JA; CHAGAS, MHN; FLECK, MPA; GIRIBELLA, AH; GUAPO, VG; HETEM, LA; KNUPP, DA; RAMOS, AM; STEIN, AT; TOLEDO, SF; ANDRADA, NC. Depressão unipolar: diagnóstico. 2011. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/depressao_unipolar-diagnostico.pdf acesso 19/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1. Acesso em: 23/09/2014.

CARDOSO, Lucilene; SCHERER, Zeyne Alves Pires; Zeferino, Maria Terezinha; Santos, Sílvia Maria Azevedo dos; SPRICIGO, Jonas Salomão; PILLON, Sandra Cristina; RODRIGUES, Jeferson; MARTIN, Isabela dos Santos. Fundamentos históricos e conceituais da saúde mental e atenção psicossocial. Módulo VIII. Santa Catarina: UFSC, S/D.

CORREA, R.G. 2011. Introdução à Reabilitação de Dependentes Químicos. IFPR- EaD. www.ifpr.edu.br. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília. Ministério da Saúde. 2002.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. 2003. Disponível em http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf acesso em 28/09/2014.

COLVERO, L. de A. et. al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 38, p.197-205, 2004.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ESTANISLAU, G; BRESSAN, R. A (orgs.). Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FUREGATO A.R.F. Mental health policies in Brazil [editorial]. *Ver Esc Enferm USP*. 2009;43(2):1-2.

FISCMAN, Janice B. in ZIMERMAN, David E. e OSORIO, Luiz Carlos *et al*. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MANSUR, C. G. Psiquiatria para o médico generalista. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MIN MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

MINUCHIN, S. **Famílias**: funcionamento & tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MURRAY, C.J.L; LOPEZ, A. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health, Harvard, 1996.

ONFRAY, Michel. A razão gulosa: filosofia do gosto. Tradução Ana Maria Sherer. Rio de Janeiro: Rocco, 1999, p. 66.

ROSA, L. C. S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento do cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 28-37, jan./abr. 2004.

STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, EvaldaCançado. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole, 2008.

SCHNEIDER JF, Souza JP, NASI C, CAMATTA MW, MACHINESKI GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):397-405.

SOLYMOS, G. M. B; MARICONDI, M. A; SOARES, M. L. P. V. A Criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A; ZOBOLI, E. L. P. (Org). **Promoção da Saúde da Criança**: a experiência do projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades. São Paulo: MS Prado Editora e Gráfica Ltda, 2009. p. 43-60.

ZIMERMAN, David E. e OSORIO, Luiz Carlos *et al*. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, David E. in ZIMERMAN, David E. e OSORIO, Luiz Carlos *et al.* Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZEFERINO, Maria Terezinha; SPRICIGO, Jonas Salomão; CARDOSO, Lucilene; SCHERER, Zeyne Alves Pires; GRIGOLO, Tânia Maris; RODRIGUES, Jeferson. Fundamentos históricos e conceituais da saúde mental e atenção psicossocial. Módulo V. Santa Catarina: UFSC, S/D.

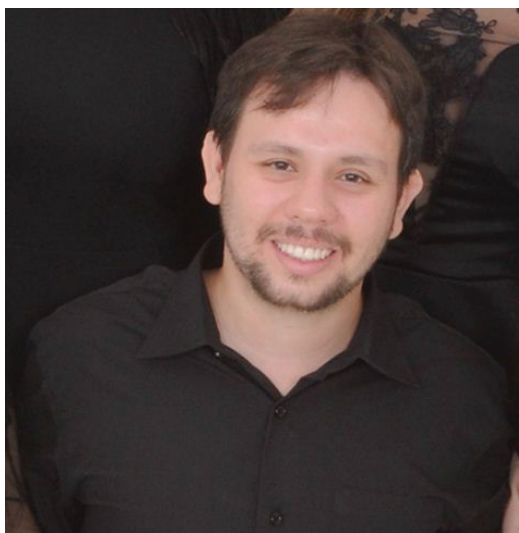
STEFANELLI, M. C., FUKUDA, I, M, K., ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 1ª ed. Barueri: Manole, 2008.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, abr. 2001.

VECCHIA, M. D; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, jan./mar. 2009.

WOODY, G. E. Research Findings on Psychotherapy of Addictive Disorders. *The American Journal of Addictions*. 2003.

Currículo dos autores



Maircon Rasley Gonçalves Araújo

Licenciado em Biologia pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes (2009), bacharel em Psicologia pelas Faculdades Integradas do Norte de Minas - FUNORTE (2014). Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior pela Unimontes (2010), especialista em Educação a Distância pela Unimontes (2010). Mestre em Biotecnologia pela Unimontes (2013). Possui como experiência profissional a tutoria do curso de Ciências Biológicas da UAB/Unimontes. Professor de Ciências e Biologia da Rede Estadual de Ensino de Montes Claros. Professor Pesquisador na Assessoria de Projetos do Centro de Educação a Distância - CEAD da Unimontes. Professor nos Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Neuropsicopedagogia Clínica e Institucional e Educação Inclusiva/Atendimento Educacional Especializado das Faculdades Santo Agostinho, em Montes Claros. Coordenador Adjunto dos Cursos SAT (Técnico em Agente Comunitário de Saúde, Técnico em Hospedagem e Técnico em Transações Imobiliárias) da Diretoria de Educação a Distância - EAD do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais.



Marajane de Alencar Loyola

Graduada em Psicologia pelas Faculdades Integradas Pitágoras (2007); em Letras (2000) e Artes (1994) pela Unimontes. É mestre em Ciência da Educação. É pós-graduada em Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais pela PUC. É especialista em Obesidade e Síndrome Metabólica pela Faculdade Estadual de Maringá. É Psicopedagoga Clínica e Institucional. É pós-graduada em Educação Artística Aplicada. É coordenadora do curso de Pós-Graduação em Terapia Familiar Sistêmica, nas Faculdades Santo Agostinho. Atualmente atua como psicóloga clínica de casais e família, em clínica particular, e leciona diversas disciplinas nas Faculdades Santo Agostinho, Furonorte, FASI, e é supervisora de estágio nas Faculdades Pitágoras, na cidade de Montes Claros.



Ministério da
Educação



e-Tec^{rede}
Brasil