

SEVEN

EDITORIA
2026

MENTES, *Histórias e* CUIDADOS

UMA ABORDAGEM HUMANIZADA
DA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA



SOLANGE C. DENZIN ROSA
FÁTIMA APARECIDA BERALDO ALVES GALANTE



EDITORA CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

AUTORES DO LIVRO

Solange C. Denzin Rosa

Fátima Aparecida Beraldo Alves Galante

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDIÇÃO DE ARTE

Evellyn Thais de Souza

EDIÇÃO DE TEXTO

Stephanie Caroline Meyer de Quadros

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

IMAGENS DE CAPA

Evellyn Thais de Souza

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2026 Os Autores

Copyright da Edição © 2026 Seven Editora

2026 by Seven Editora

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Seven Publicações Ltda. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Seven Publicações Ltda é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.



O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional

CONSELHO EDITORIAL

EDITORA CHEFE

Prof. Me. Isabele de Souza Carvalho

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Barni Truccolo - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
Adriana Barretta Almeida - Universidade Federal do Paraná
Alessandre Gomes de Lima - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Anderson Nunes da Silva - Universidade Federal do Norte do Tocantins
Antonio da Costa Cardoso Neto - Universidade de Flores, Buenos Aires
Antônio Alves de Fontes-Júnior - Universidade Cruzeiro do Sul
Ariane Fernandes da Conceição - Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Arnaldo Oliveira Souza Júnior - Universidade Federal do Piauí, CEAD
Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Charles Henrique Andrade de Oliveira - Universidade de Pernambuco
Egas José Armando - Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique
Inaldo Kley do Nascimento Moraes - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Irlane Maia de Oliveira - Universidade Federal de Mato Grosso
Janyel Trevisol - Universidade Federal de Santa Maria
Jorge Fernando Silva de Menezes - Universidade de Aveiro
Jorge Luís Pereira Cavalcante - Fundação Universitária Iberoamericana
Kleber Farinazo Borges - Universidade de Brasília
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília
Mara Lucia da Silva Ribeiro - Universidade Federal de São Paulo
Marcelo Silva de Carvalho - Universidade Federal de Alfenas
Marcos Garcia Costa Moraes - Universidade Estadual da Paraíba
Maria Gorete Valus - Universidade Estadual de Campinas
Mônica Maria de Almeida Brainer - Instituto Federal de Goiás, Campus Ceres
Moacir Silva de Castro - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Paulo Roberto Duailibe Monteiro - Universidade Federal Fluminense
Pedro Henrique Ferreira Marçal - Universidade Vale do Rio Doce
Rafael Braga Esteves - Universidade de São Paulo
Telma Regina Stroparo - Universidade Estadual de Ponta Grossa
Valéria Raquel Alcantara Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz
Wanderson Santos de Farias - Universidade do Desenvolvimento Sustentável
Yuni Saputri M.A - Universidade Nalanda, Índia

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

R788m Rosa, Solange C. Denzin.

Mentes, Histórias e Cuidados [recurso eletrônico] :
Uma Abordagem Humanizada da Enfermagem Psiquiátrica /
Solange C. Denzin Rosa, Fátima Aparecida Beraldo Alves
Galante. – São José dos Pinhais, PR: Editora Seven, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-6109-462-7

1. Enfermagem. 2. Psiquiatria. 3. Cuidados em saúde.
I. Galante, Fátima Aparecida Beraldo Alves. II. Título.

CDU 61

Bruna Heller - Bibliotecária - CRB10/2348

Índices para catálogo sistemático:

1 Ciências da saúde 61

DOI: 10.56238/livrosindi2026115-001

Seven Publications Company
CNPJ: 43.789.355/0001-14
editora@sevenevents.com.br
São José dos Pinhais/PR

AUTORES DO LIVRO

Solange C. Denzin Rosa

Fátima Aparecida Beraldo Alves Galante

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	6
MENTES, HISTÓRIAS E CUIDADOS: UMA ABORDAGEM HUMANIZADA DA ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA	
CAPÍTULO 2.....	22
A LEI DA REFORMA PSQUIÁTRICA E SUA IMPORTÂNCIA NA GARANTIA DOS DIREITOS DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS	
CAPÍTULO 3.....	32
A INFLUÊNCIA DA PSICANÁLISE NA HISTÓRIA DA PSQUIATRIA	
CAPÍTULO 4.....	47
NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	
CAPÍTULO 5.....	53
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL	
CAPÍTULO 6.....	60
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE EM SAÚDE MENTAL	
CAPÍTULO 7.....	68
CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS E DEPENDENTES QUÍMICOS	
CAPÍTULO 8.....	73
PATOLOGIAS PSQUIÁTRICAS	
CAPÍTULO 9.....	102
URGENCIAS E EMERGÊNCIAS PSQUIÁTRICAS	
CAPÍTULO 10.....	115
TERAPIA MEDICAMENTOSA	
CAPÍTULO 11.....	122
COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL	
CAPÍTULO 12.....	131
A ABORDAGEM HUMANIZADA NO CUIDADO AO PACIENTE PSQUIÁTRICO	

CAPÍTULO 1

MENTES, HISTÓRIAS E CUIDADOS: UMA ABORDAGEM HUMANIZADA DA ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL E NO MUNDO

CONCEITO DE LOUCURA

O conceito de loucura é complexo e multifacetado, abrangendo uma gama de interpretações ao longo da história, cultura e contexto social. Geralmente é associado a comportamentos ou pensamentos que desviam significativamente das normas sociais aceitas. No entanto, o que é considerado “normal” e “louco” pode variar amplamente entre diferentes culturas, períodos de tempo.

- **Perspectiva Médica:** Na medicina, a loucura é frequentemente vista como um distúrbio mental ou psicológico que afeta a percepção, o pensamento ou o comportamento de uma pessoa. Esses distúrbios podem incluir esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão grave, entre outros. Eles são diagnosticados com base em critérios clínicos estabelecidos, como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) ou a CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde).
- **Perspectiva Filosófica e Sociocultural:** Na filosofia e nas ciências sociais, a loucura muitas vezes é vista como um conceito relativo, moldado pelas normas e valores de uma determinada sociedade. O filósofo Michel Foucault, por exemplo, argumentou que a noção de loucura é construída socialmente e utilizada para exercer controle sobre aqueles que desafiam as convenções dominantes.
- **Perspectiva Histórica:** Ao longo da história, as atitudes em relação à loucura variaram consideravelmente. Em algumas culturas antigas, os indivíduos considerados loucos eram venerados como sábios ou profetas, enquanto em outras eram estigmatizados e excluídos. O tratamento dado aos "loucos" também mudou drasticamente, desde métodos cruéis de confinamento até abordagens mais humanitárias e terapêuticas.
- **Expressões Culturais:** A loucura também é frequentemente explorada na arte, literatura e cinema como um tema que reflete as ansiedades, medos e desconfortos de uma sociedade em determinado momento. Obras como "O Corvo" de Edgar Allan Poe, "Cisne Negro" de Darren Aronofsky, ou "Um Estranho no Ninho" de

Ken Kesey, exploram de diferentes maneiras a natureza da loucura e sua relação com a realidade.

Em resumo, o conceito de loucura é uma construção complexa que reflete não apenas preocupações médicas e psicológicas, mas também questões filosóficas, socioculturais e históricas mais amplas. Ele desafia as noções de normalidade e anormalidade, questionando o que é aceito e o que é marginalizado em uma determinada sociedade.

A LOUCURA NO MUNDO ANTIGO

No mundo antigo, o conceito de loucura era interpretado de maneira significativamente diferente do que é nos tempos modernos. As civilizações antigas, como a egípcia, a grega e a romana, tinham suas próprias perspectivas sobre a loucura, que muitas vezes eram entrelaçadas com crenças religiosas, filosóficas e culturais. Vou explorar algumas dessas perspectivas em detalhes:

- **Egito Antigo:** Na antiga civilização egípcia, a loucura era frequentemente vista como um fenômeno espiritual ou sobrenatural. Os egípcios acreditavam que a mente e o corpo estavam intrinsecamente conectados, e as doenças físicas e mentais eram frequentemente atribuídas a interferências de divindades ou espíritos malignos. O tratamento da loucura era realizado por sacerdotes-médicos, que empregavam rituais de cura, amuletos e práticas religiosas para aliviar os sintomas.
- **Grécia Antiga:** Na Grécia Antiga, a loucura era frequentemente associada ao conceito de "mania" e "entusiasmo". Para os gregos, a mania poderia ser tanto positiva quanto negativa, dependendo do contexto. Por um lado, era vista como uma inspiração divina que impulsionava artistas, poetas e profetas a grandes realizações. Por outro lado, a mania descontrolada era considerada uma forma de loucura que levava a comportamentos irracionais e autodestrutivos. Filósofos como Platão e Aristóteles exploraram as complexidades da mente humana, incluindo a natureza da loucura, em suas obras.
- **Roma Antiga:** Na Roma Antiga, as visões sobre a loucura eram influenciadas pela cultura grega, mas também tinham suas próprias nuances. A palavra latina "insania" era usada para descrever estados de insanidade ou loucura. Os romanos reconheciam que a loucura podia ser causada por fatores físicos, como lesões cerebrais, mas também acreditavam em influências espirituais e místicas. A escrita médica romana,

como a de Galeno, discutia sobre as causas e tratamentos da loucura, que incluíam terapias físicas, banhos medicinais e até mesmo a ingestão de determinados alimentos.

- **Tratamento e Percepção:** Em geral, o tratamento da loucura no mundo antigo envolvia uma mistura de abordagens médicas, religiosas e filosóficas. Os indivíduos considerados loucos podiam ser submetidos a rituais de purificação, terapias físicas, como banhos termais, ou mesmo serem deixados sob os cuidados de familiares. No entanto, é importante notar que as atitudes em relação à loucura variavam de acordo com a cultura e a época, e nem sempre eram uniformes ou consistentes.

Em resumo, no mundo antigo, o conceito de loucura era moldado por crenças religiosas, filosóficas e culturais específicas, que influenciavam tanto a compreensão quanto o tratamento das doenças mentais.

Os indivíduos com comportamentos considerados socialmente inadequados ou extremamente perigosos eram banidos do meio social em que viviam sendo depositados em prisões ou vivendo à margem da sociedade da época; acreditavam que o comportamento estranho se dava pela ação de espíritos malignos, demônios que possuíam o corpo destes indivíduos.

As doenças eram consideradas doenças dos deuses, ou seja, a epilepsia, a lepra era considerada uma forma dos deuses castigarem os seres existentes na terra pelos seus pecados, não existia outra forma de explicação. Nesse contexto as pessoas com distúrbios de comportamento eram atendidas em rituais tribais, para corrigir tal distúrbio e em casos de insucesso, o indivíduo era abandonado à própria sorte.

Até mesmo antes da cultura Grega, a medicina se apoiava em concepções místicas cujos responsáveis eram feiticeiros e sacerdotes, porém há relatos que no Egito antigo por volta de 1550a.C (O papiro de Ebers, um dos tratados médicos mais antigos de que se tem conhecimento, foi escrito no Antigo Egito, listava fórmulas mágicas e remédios destinados a afastar os demônios causadores de doenças). Aos poucos os tratamentos aos considerados loucos, insanos, dementes, lunáticos, mentecaptos, que combinavam ervas com rituais religiosos, foram sendo substituídos por novos conhecimentos pautados na medicina primitiva.

Na Grécia e Roma antigas não existiam procedimentos ou espaços sociais destinados aos “loucos”. Os ricos permaneciam em suas residências e os pobres circulavam pelas ruas, onde recebiam caridade pública ou realizavam pequenos serviços, a sociedade

atribuía as crises de agitação a forças sobrenaturais, decorrentes de possessões demoníacas; o indivíduo louco era visto como um problema familiar e não social.

Os escritos de Hipócrates, como *A natureza do homem* (de 400 a.C.), já demonstravam uma teoria humoral das variações do humor, como a bile negra e a amarela. Arateus da Cappadocia (século II d.C.) fez descrições brilhantes de quadros maníacos, que foram elaboradas e compiladas por Galeno de Pergamo (131 a 201 d.C.).

Práticas de "Tratamento"

Antes da invenção da psiquiatria, as práticas para lidar com o comportamento considerado "louco" eram rudimentares e, muitas vezes, punitivas ou de isolamento:

- Exorcismos e Rituais: Utilizados por quase todas as civilizações antigas, baseados na crença de que a mente perturbada estava sob domínio espiritual.
- Isolamento e Abrigamento: Pessoas com comportamentos inadequados eram simplesmente afastadas do convívio social, mantidas em celas ou prisões domiciliares. [1]
- Sangrias e Banhos: Embora se tornassem mais sistemáticos na Idade Média e na Idade Moderna, os sangramentos (flebotomia) e os choques térmicos eram práticas herdadas de teorias médicas antigas que tentavam "equilibrar os humores" do corpo.



Bethlem Royal Hospital. Fonte: <http://migre.me/wjKeo>

Nessa mesma época, médicos, estudiosos tinham grande consideração pelos doentes, estes podiam desfrutar de ar fresco, água pura, luz solar. Mestres, alunos e doentes faziam caminhadas, encenações teatrais para melhorar o “humor”, no entanto os pacientes que não reagiam ao tratamento eram submetidos à inanição e a flagelação.

No ano 40 a.C. o médico grego Asclepiades elabora um novo tratamento para as doenças mentais e a libertação dos doentes mentais confinados. Para ele, a cura era possível com terapias naturais, como dietas.

A LOUCURA NA IDADE MÉDIA

Na Idade Média, o conceito de loucura era profundamente influenciado pela visão teológica e cultural predominante na sociedade europeia. A loucura era frequentemente interpretada como um desvio moral, espiritual ou até mesmo como uma possessão demoníaca. Aqui estão alguns pontos-chave que ajudam a entender melhor esse conceito:

- **Perspectiva Teológica:** A religião desempenhava um papel central na compreensão da loucura. Muitas vezes, a loucura era considerada como uma punição divina pelos pecados cometidos pela pessoa ou por seus ancestrais. Acreditava-se que a alma da pessoa estava em perigo e que a intervenção divina era necessária para curá-la.
- **Ideias sobre o Corpo e a Mente:** Na Idade Média, não havia uma distinção clara entre doenças mentais e físicas. O corpo e a mente eram vistos como interligados, e as doenças mentais eram frequentemente interpretadas como manifestações de desequilíbrios corporais, como humores desregulados.
- **Estigma Social:** A loucura era amplamente estigmatizada. Os indivíduos considerados loucos muitas vezes eram marginalizados pela sociedade e podiam ser submetidos a tratamentos cruéis ou abandonados à própria sorte.
- **Instituições Religiosas e Sociais:** O cuidado das pessoas consideradas loucas muitas vezes caía nas mãos de instituições religiosas, como mosteiros, ou em hospitais dedicados. No entanto, esses lugares nem sempre ofereciam tratamentos humanitários ou eficazes.
- **Curas e Tratamentos:** As abordagens para "curar" a loucura variavam amplamente e incluíam métodos como exorcismos, orações, banhos terapêuticos e até mesmo tratamentos físicos, como sangrias.
- **Literatura e Arte:** A loucura era um tema recorrente na literatura e na arte da Idade Média, muitas vezes retratada de maneira sombria e assustadora. Além disso,

algumas obras refletiam a compaixão pelos loucos, questionando as noções convencionais de normalidade e sanidade.

- A percepção da loucura no período medieval misturava religião, folclore e filosofia. A linha entre o que era considerado loucura, santidade e possessão demoníaca era muito tênue:
- O Louco como "Santo" ou "Tolo": Algumas manifestações de loucura eram interpretadas como uma sabedoria divina ou inocência. Pessoas com graves perturbações mentais costumavam vagar pelas vilas e eram sustentadas pela caridade pública.
- Possessão Demoníaca: Comportamentos violentos ou crises psicóticas eram frequentemente atribuídos a forças sobrenaturais. Os "tratamentos" envolviam exorcismos, peregrinações a locais sagrados e rituais de purificação.
- Marginalização e a "Nau dos Loucos": Ao final do período, com a estruturação das cidades, os loucos passaram a ser vistos como uma ameaça à ordem pública. Em algumas regiões, tornou-se comum bani-los das cidades, colocando-os em embarcações (a famosa "Nau dos Loucos") para vagar pelos rios, simbolizando a purificação da comunidade.

Em resumo, na Idade Média, a loucura era amplamente entendida dentro de um contexto teológico e moral, com pouco entendimento científico ou médico. Isso resultava em estigma social e tratamentos frequentemente desumanos para aqueles que sofriam de doenças mentais.

Chegando à idade média, há um retrocesso dos estudos científicos, em decorrência da inquisição, pois com a igreja sendo poderosa, devido os sacerdotes desempenhar cuidado aos soldados ou guerrilheiros, a igreja vai ganhando poder e se desenvolvendo, assim com o objetivo de possuir uma sociedade limpa e organizada, livre de doenças, inicia-se a caça as bruxas, ou seja, todas mulheres que tinham comportamentos diferentes, como citados anteriormente nesse capítulo, ou seja, mulheres com histeria eram caçadas e mortas; a Idade Média, considerada a "idade das trevas" medieval levou para a igreja católica o domínio das doenças. Felizmente, muitos documentos fundamentais não foram queimados nesta época graças ao trabalho corajoso de médicos como Avicenna (em torno de 1000 d.C.).

Os doentes mentais eram chamados de lunáticos (do latim luna=lua), pois acreditava-se que a mente das pessoas era influenciada pelas fase da lua; eram também considerados pecadores. Doente mentais mais graves ou agressivos eram acorrentados, escoraçados, submetidos a jejuns prolongados sob a alegação de estarem possuídos pelo “demônio; muitas vezes eram submetidos a rituais religiosos de exorcismo

Em 1478, aproximadamente, a Inquisição passa a perseguir doentes mentais que são vistos como possuídos pelos demônios; em Sevilha, os inquisidores Miguel de Morcillo e Juan de San Martin queimaram quase 500 pessoas em três anos.



Casa de Loucos (1814-16). Francisco De Goya

A LOUCURA NA IDADE MODERNA

A compreensão da loucura na Idade Moderna é um tema vasto e complexo, influenciado por mudanças sociais, culturais, médicas e filosóficas ao longo desse período histórico. Aqui estão alguns aspectos importantes que contribuíram para a percepção e tratamento da loucura durante esse tempo:

- **Percepção da loucura:** Na Idade Moderna, a loucura era frequentemente vista como um desvio da norma, uma ruptura da razão e do comportamento aceitável. Ela era frequentemente associada a estigmas sociais e muitas vezes considerada como uma manifestação do pecado, falta de fé ou punição divina.
- **Tratamento em instituições:** Durante esse período, houve um aumento na construção de instituições para o tratamento de pessoas consideradas loucas. Essas instituições variavam desde hospitais psiquiátricos até asilos, onde os pacientes eram frequentemente isolados do restante da sociedade.

- **Abordagens médicas e filosóficas:** A compreensão da loucura na Idade Moderna foi influenciada por várias correntes de pensamento, incluindo o humanismo, que defendia uma abordagem mais compassiva e humanitária para com os doentes mentais. No entanto, também houve um aumento do pensamento científico e médico, com tentativas de categorizar e diagnosticar a loucura.
- **Tratamentos controversos:** Os métodos de tratamento para a loucura na Idade Moderna variavam amplamente e frequentemente eram controversos. Eles incluíam desde terapias físicas, como sangramento e banhos de água fria, até métodos mais questionáveis, como o uso de correntes e confinamento solitário.
- **Exploração artística e literária:** A loucura também foi explorada na arte e na literatura da época, muitas vezes retratada como uma fonte de inspiração ou como um tema para explorar as fronteiras da razão e da insanidade. Pintores como Hieronymus Bosch e escritores como Shakespeare abordaram o tema da loucura em suas obras.
- **Revolução na psiquiatria:** O final da Idade Moderna viu o surgimento da psiquiatria como uma disciplina médica distinta, com figuras como Philippe Pinel na França e William Tuke na Inglaterra introduzindo reformas nos tratamentos e nas condições dos pacientes em instituições.

No geral, a compreensão e o tratamento da loucura na Idade Moderna refletem as complexidades e contradições da época, com uma interação complexa entre fatores sociais, culturais, médicos e filosóficos.

Na idade Moderna há a retomada de princípios racionalistas na observação e descrição das doenças mentais, em oposição ao misticismo religioso. Nessa fase, com o início do mercantilismo, formação de cidades e concentração da população, começaram a surgir os problemas sociais e sanitários, ocorrendo aumento do número de mendigos e doentes mentais.

Pobres e loucos eram vistos como desocupados, como não trabalhavam, não produziam riquezas, eram considerados marginais, improdutivos, os mendigos eram expulsos das cidades, os doentes mentais e mendigos sem família eram condenados ao isolamento.

Nessa época surgem os Hospitais Gerais (instalados nos antigos leprosários), onde eram internados não só os loucos, mas toda população marginalizada na época. Iniciam-se

a construção de asilos, porém permaneciam sob formas de violência, com ameaças e privações. A loucura passa a ser considerada uma doença, que exigia condições e tratamentos específicos.

Os “desviantes”, trancafiados nesses asilos, recebiam os cuidados das irmãs de caridade, porém esses cuidados eram leigos e repressivos e os números de asilos, só aumentavam, e junto com eles a disseminação de doenças, assim, com a necessidade de diminuir a quantidade de prisioneiros e reduzir as taxas de doentes. No final do século XVII e início do século XVIII a ciência avança e traz a era do Iluminismo, movimento nascido na Europa que substitui o saber tradicional pelo sabercientífico.



Uma operação na cabeça” (1550) do pintor holandês Pieter Bruegel.

A LOUCURA NA IDADE CONTEMPORÂNEA

A loucura na Idade Contemporânea é um tema complexo e multifacetado, refletindo mudanças significativas na forma como a sociedade percebe, trata e compreende as questões relacionadas à saúde mental. Desde o século XIX até os dias atuais, várias abordagens, teorias e práticas surgiram em torno da loucura, refletindo os valores, as crenças e os avanços científicos de cada época.

No final do século XVIII e início do século XIX, a loucura era frequentemente associada à possessão demoníaca ou ao pecado, e os tratamentos disponíveis eram muitas vezes desumanos e cruéis. Com o advento da psiquiatria como disciplina médica, especialmente com o trabalho pioneiro de figuras como Philippe Pinel e William Tuke, houve uma mudança gradual para uma compreensão mais científica e humanitária da loucura. O surgimento de instituições como o Hospital Geral de Bethlehem, em Londres (também conhecido como Bedlam), foi um marco nesse processo.

Durante o século XIX, surgiram várias teorias sobre as causas da loucura, incluindo abordagens organicistas (que enfatizavam causas físicas) e psicogênicas (que enfatizavam causas psicológicas). Figuras como Sigmund Freud contribuíram significativamente para a compreensão da mente humana e dos distúrbios mentais, introduzindo conceitos como o inconsciente e a psicanálise.

No entanto, o século XX trouxe consigo novos desafios e perspectivas em relação à loucura. Durante as primeiras décadas, os tratamentos psiquiátricos ainda eram frequentemente desumanos, e instituições psiquiátricas muitas vezes eram superlotadas e negligenciadas. O movimento de desinstitucionalização, que ganhou força a partir da década de 1960, buscava reformar o sistema de saúde mental, promovendo tratamentos mais humanizados e integrados na comunidade.

A ascensão da psicofarmacologia também foi um desenvolvimento significativo na história da loucura na Idade Contemporânea. A descoberta e o desenvolvimento de medicamentos psicotrópicos, como os antidepressivos e os antipsicóticos, transformaram o tratamento de distúrbios mentais, oferecendo novas opções terapêuticas e melhorando a qualidade de vida de muitos pacientes.

No entanto, apesar dos avanços na compreensão e no tratamento da loucura, persistem desafios significativos na sociedade contemporânea. O estigma em torno das doenças mentais ainda é generalizado, o acesso aos cuidados de saúde mental pode ser limitado e as disparidades raciais, étnicas e socioeconômicas na saúde mental continuam sendo questões urgentes.

Além disso, a era digital trouxe novos desafios, como o aumento das preocupações com o uso excessivo das mídias sociais e o impacto da tecnologia na saúde mental. Questões como o cyberbullying, a comparação social constante e a dependência da tecnologia estão emergindo como preocupações importantes no contexto da loucura na sociedade contemporânea.

Em suma, a loucura na Idade Contemporânea é um campo vasto e em constante evolução, moldado por uma interação complexa de fatores históricos, culturais, sociais, econômicos e tecnológicos. À medida que a sociedade avança, é crucial continuar a promover a conscientização, reduzir o estigma e desenvolver abordagens cada vez mais eficazes para entender, tratar e apoiar aqueles que enfrentam desafios relacionados à saúde mental.

Ao final do século XVIII, já na Idade Contemporânea, começaram a aparecer denúncias contra as internações de doentes mentais junto aos marginais, pois todos ficavam aglomerados, não havia distinção entre os doentes e os infratores; as autoridades da época demonstravam ser contra as torturas a que eram submetidos estes indivíduos. Iniciou-se um período onde apareceram abordagens mais humanísticas ao doente mental.

Em 1793, o médico francês Philippe Pinel quebrou as correntes que prendiam os alienados ou insanos. Avança a descrição das doenças mentais.

No século XIX, e já antes, as escolas francesa (Pinel, Esquirol, Falret, Baillarger) e alemã (Kraepelin, Griesinger) contribuíram de forma inequívoca para o desenvolvimento da psiquiatria. E é nesse contexto histórico que surge a psiquiatria brasileira: tão jovem quanto nosso país.

Com a chegada do Século XX desponta o médico neurologista Sigismund Schlomo Freud (*depois mudou o nome para Sigmund*) o qual revela a concepção do homem como um todo, mente-corpo e o papel da história pessoal no desenvolvimento dos transtornos emocionais, [...] “É dever compreender a loucura não como defeito biológico”.

Por volta de 1936 o físico alemão Otto Loewi ganha o Prêmio Nobel de Medicina pela descoberta dos neurotransmissores. A inovação ligou a psicofarmacologia ao tratamento dos doentes mentais, mas os primeiros antidepressivos só seriam sintetizados em 1957; seguindo as mesmas descobertas em 1938, o neurologista italiano Ugo Cerletti e o psiquiatra Lucio Bini desenvolvem a terapia eletroconvulsiva, o chamado eletrochoque ou ECT.



https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Insulin_shock_therapy.jpg

A PSIQUIATRIA NO BRASIL

Aqui no Brasil, por volta do ano 1831, José Martins da Cruz Jobim (1802-1878), pioneiro na psiquiatria, publica o primeiro escrito sobre doenças mentais no Brasil. Em 8 de dezembro de 1852 é inaugurado o Hospício de Pedro II (com 140 leitos), o “Palácio dos Loucos”, na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, de qualquer modo teria sido por intermédio dessa instituição de assistência vinculada à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, que o conhecimento e a prática terapêutica adentraram o solo brasileiro; tornou-se o primeiro do gênero no Brasil. À partir desse momento vários outros hospícios foram sendo fundados (grandes centros).

Nas cidades do interior, os manicômios só surgiram quando o desenvolvimento e a urbanização lá chegaram. Manicômios eram construídos em locais afastados e frequentados em sua maioria pela população mais pobre; tais hospitais poderiam contar com uma assistência médica precária e eventual, mas sua principal intenção era caritativa: dar aos necessitados abrigo, alimento e cuidados religiosos.

A necessidade de organização do hospício moderno determinou a criação de uma primeira escola de enfermagem ligada ao Hospital Nacional de Alienados, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, inspirada no modelo francês. Em 1890, em um contexto de luta dos médicos pelo controle político/científico do Hospício Pedro II, a enfermagem surge no Brasil de maneira diferente ao apresentado pelo modelo Florence Nightingale. O curso era dirigido por médicos, portanto o enfoque no cuidado estava direcionado para a medicalização. A partir de 1890, o Hospício Pedro II passa a ser chamado de “*Hospício Nacional dos Alienados*”.

A psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica surgiram no hospício. O hospício era instituição disciplinar para reeducação do paciente: louco, o alienado; por meio da atuação de um profissional: o médico – alienista, a figura de autoridade a ser respeitada e imitada nesse projeto pedagógico. Os trabalhadores de enfermagem eram coadjuvantes nesse processo, os executores da ordem disciplinar emanada dos médicos.

Marcada por todos estes infortúnios, a assistência de Enfermagem Psiquiátrica no Brasil até a década de 70 pode ser considerada como marcada pela má qualidade, superlotação de instituições totais, comercialização da loucura e cronificação do doente mental, tendo como principal vertente o modelo médico e hospitalocêntrico.

Entre os anos 20 e 30 do século XX, deu-se o primeiro esforço de reforma através de Juliano Moreira e Ulisses Pernambucano foram os primeiros idealizadores, mas não viveu o bastante para ver prosperar sua obra nem para assistir à degradação de sua criação.

Porém, a falta de remédios para transtornos mentais, apesar de todos os esforços, estava degradando a assistência e o projeto da reforma. Nos anos 50 e 60, multiplicaram-se os recursos para substituir o tratamento hospitalar pelo tratamento ambulatorial iniciado nesta época pelo professor Jurandyr Manfredini. Em meio a tantas tentativas para fortalecer o sistema público ambulatorial, a hospitalização foi priorizada unicamente porque era mais lucrativa para quem a promovia, neste contexto, os internos dos hospitais viviam em total abandono e apresentando excesso de pessoas doentes, continuando os hospitais psiquiátricos a terem basicamente a função social de exclusão.

Em 1955 foi usada pela primeira vez no Brasil, a Clorpromazina (*Amplictil*), medicamento que inaugura a categoria dos Neurolépticos.

O período que se seguiu ao golpe militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase, a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados, que floresceram rapidamente para atender a demanda.

A discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento do doente mental teve início na década de 1970, momento em que diversos setores da sociedade brasileira se mobilizaram em torno da redemocratização do país. Alguns grupos de técnicos de saúde, acadêmicos, militantes sociais, organizações comunitárias e afins, influenciados pela Psiquiatria Democrática Italiana – especialmente o pensamento de Franco Basaglia (médico Psiquiatra Italiano que visitou o Brasil na década de 70, tornando-se uma figura importante na questão da luta antimanicomial brasileira) - começam a criar uma sistematização de pensamento contra hegemônico na assistência em Saúde Mental. No final da década de 1980, surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e fecham-se alguns manicômios.

Em 1987 foi realizada, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, em 1989, foi dada a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, marcando “o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo”

A partir da década de 1990 realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, regulamentando a implantação regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dias.

Duas leis marcaram a história da Psiquiatria no Brasil: a Lei Federal nº. 10.216, de abril de 2001, com base na famosa "*Lei Paulo Delgado*", sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória (aprovada no Congresso após 12 anos de tramitação); e a Lei Federal nº. 10.708, de julho de 2003, instituindo o Programa *De Volta para Casa* (conhecida como "Bolsa-Auxílio"), que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospitais para a família ou comunidade.

Outras portarias foram sendo criadas como a nº 106, de 2000, que dispõe sobre as residências terapêuticas e a Portaria de nº 336, de 2002, que regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, introduzindo as modalidades CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad; porém ainda cerca de 80% dos recursos do Ministério da Saúde ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos.

Neste cenário, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao final de 2001 em Brasília (DF). A partir de 2003 vários mecanismos provocaram o fechamento de muitos leitos nos hospitais psiquiátricos. Em 2010 foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema "Saúde Mental direito e compromisso de todos".

A "Luta Antimanicomial" segue seu curso anualmente, ao longo de toda a história, tentando mover os poderes públicos para a conscientização da inclusão do doente mental na sociedade. O Movimento faz lembrar que como todo cidadão estas pessoas têm o direito fundamental à liberdade, o direito a viver em sociedade, além do direito a receber cuidado e tratamento sem que para isto tenham que abrir mão de seu lugar de cidadão.

A seguir está um quadro cronológico com os principais fatos da história da Psiquiatria no Brasil, destacando acontecimentos que marcaram a evolução da assistência em saúde mental, desde o modelo manicomial até a Reforma Psiquiátrica.

Quadro – Principais fatos da Psiquiatria no Brasil

Período/Ano	Fato histórico	Importância para a Psiquiatria brasileira
Antes de 1852	Pessoas com transtornos mentais eram mantidas em cadeias, Santas Casas ou abandonadas, sem tratamento especializado.	Demonstra a ausência de políticas públicas e de assistência específica para pessoas com sofrimento psíquico.
1852	Inauguração do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro.	Considerado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, marcando o início da institucionalização da assistência psiquiátrica.
1881–1882	Criação das primeiras cadeiras de Psiquiatria nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.	A Psiquiatria passa a integrar oficialmente o ensino médico brasileiro, contribuindo para sua consolidação científica.
1903	Reforma conduzida por Juliano Moreira e publicação da primeira legislação federal sobre assistência aos "alienados".	Introdução de práticas mais humanizadas, redução do uso de contenções físicas e reorganização da assistência psiquiátrica.

1905–1907	Fundação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins.	Fortaleceu a produção científica e o desenvolvimento da Psiquiatria como especialidade médica no Brasil.
Décadas de 1930–1950	Expansão dos hospitais psiquiátricos e do modelo asilar.	O tratamento era centrado na internação prolongada, frequentemente associado ao isolamento social dos pacientes.
Décadas de 1950–1960	Introdução dos primeiros medicamentos psicotrópicos.	Possibilitou maior controle dos sintomas psiquiátricos e favoreceu novas formas de tratamento além da internação.
Década de 1970	Início do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.	Inspirado em experiências internacionais, passou a questionar o modelo manicomial e defender os direitos das pessoas com transtornos mentais.
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental e Movimento da Luta Antimanicomial.	Consolidou o lema "Por uma sociedade sem manicômios", defendendo um modelo de cuidado comunitário.
1992	Regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Os CAPS tornam-se serviços substitutivos às internações psiquiátricas prolongadas, oferecendo cuidado territorial e multiprofissional.
2001	Aprovação da Lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica).	Garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial para serviços comunitários e humanizados.
Atualidade	Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e atenção básica integrada.	O cuidado em saúde mental prioriza a reinserção social, o tratamento em liberdade e a proteção dos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES

A história da Psiquiatria no Brasil evidencia uma transformação significativa do modelo assistencial. Inicialmente baseada na exclusão social e na institucionalização em grandes hospitais psiquiátricos, evoluiu para uma perspectiva centrada na promoção dos direitos humanos, na atenção comunitária e na reabilitação psicossocial. A atuação de Juliano Moreira foi decisiva para a modernização da Psiquiatria nacional ao defender práticas mais humanizadas e combater preconceitos científicos. A partir da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica impulsionou profundas mudanças, culminando na Lei nº 10.216/2001, que orienta até hoje a política brasileira de saúde mental.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *Na Antiguidade os distúrbios de comportamento eram atribuídos a que?*
2. *Em que momento na história da Psiquiatria no Brasil os doentes mentais passaram a ser tratados com maior respeito e dignidade?*
3. *Fale sobre a importância da Lei Paulo Delgado.*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Memória da loucura : apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 88 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

_____. 2007. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília. BRASIL (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília

DELGADO, P. *et al.* 2007. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.;

FONTE, E.M.M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE., 2012.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ODA, A. M. G. R. Juliano Moreira e a (sua) história da assistência aos alienados no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 14, n. 4, p. 721–727, 2011.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: da década de 1980 aos dias atuais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002.

MELLO, A.; KOHN, R. *Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre, Artmed. Pp. 39- 83.

MIRANDA-SÁ, L.S. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *RevPsiquiatr RS*. 2007; 29(2):156-158.

OLIVEIRA, A. G. B; VIEIRA, M. A. M; ANDRADE, A. M. R. Saúde mental na saúde da família: Subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água, 2006.

VILLELA, S. C; SCATENA, M. C. M. La Enfermería en el cuidar en el área de la salud mental. *Rev.bras. enferm.* vol.57, n.6, p. 738-741, 2004.

CAPÍTULO 2

A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA IMPORTÂNCIA NA GARANTIA DOS DIREITOS DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

FRANCO BASAGLIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Entende-se a “*Reforma psiquiátrica*” como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como precursora as ações do médico Psiquiatra Franco Basaglia que no norte da Itália, mais precisamente em Gorizia implantou novas formas de tratamento para os doentes mentais valorizando os direitos humanos e o resgate da cidadania destes indivíduos; dá-se então início ao processo de desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

Basaglia era grande crítico da postura tradicional da cultura médica. Em 1970, então diretor do hospital Provincial na cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento deste hospital. Ele lutou para substituir as internações hospitalares por tratamentos ambulatoriais de diversas modalidades. Em 1973 a OMS (Organização Mundial de Saúde) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental.

Em 1973 o hospital de Trieste foi oficialmente fechado e toda assistência prestada foi direcionada a unidades de atendimento criadas por Basaglia em seu território.

Franco Basaglia esteve várias vezes aqui no Brasil participando de seminários e conferências; suas ideias influenciaram profundamente o processo da Reforma Psiquiátrica aqui no Brasil.

Por volta dos anos de 1970, no Brasil, em plena ditadura militar, o modelo básico de tratamento em saúde mental era o confinamento e a medicalização, havia um elevado índice de internações com condições desumanas de intervenção.

No final da década de 1970 e início da década de 1980, começaram a surgir os primeiros sinais de redemocratização no Brasil, porém havia muita recessão, não haviam verbas suficientes para manter o tratamento adequado nos hospitais apareciam muitas denúncias de maus tratos aos doentes mentais da época.

Na década de 1980, o governo federal criou algumas propostas para reformulação da atenção em saúde mental, entre elas estava a descentralização do atendimento ao portador de patologias psiquiátricas incluindo o tratamento extra-hospitalar e limitando o

período de internação. Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi formada uma comissão para fazer novas propostas para a assistência psiquiátrica brasileira. Essa comissão propôs que o atendimento psiquiátrico passasse a ser integral, multiprofissional e realizado em postos de saúde, ambulatorios especializados e em serviços criados especialmente para esse atendimento, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2005)

A CONTRIBUIÇÃO DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 NA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

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”

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da *Declaração de Caracas* e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

Assim, 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.

Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Neste período cria-se o programa “De volta para casa” como incentivo para a desospitalização; as diretrizes para a Reforma Psiquiátrica começam a ganhar visibilidade buscando sua consolidação cada vez mais.

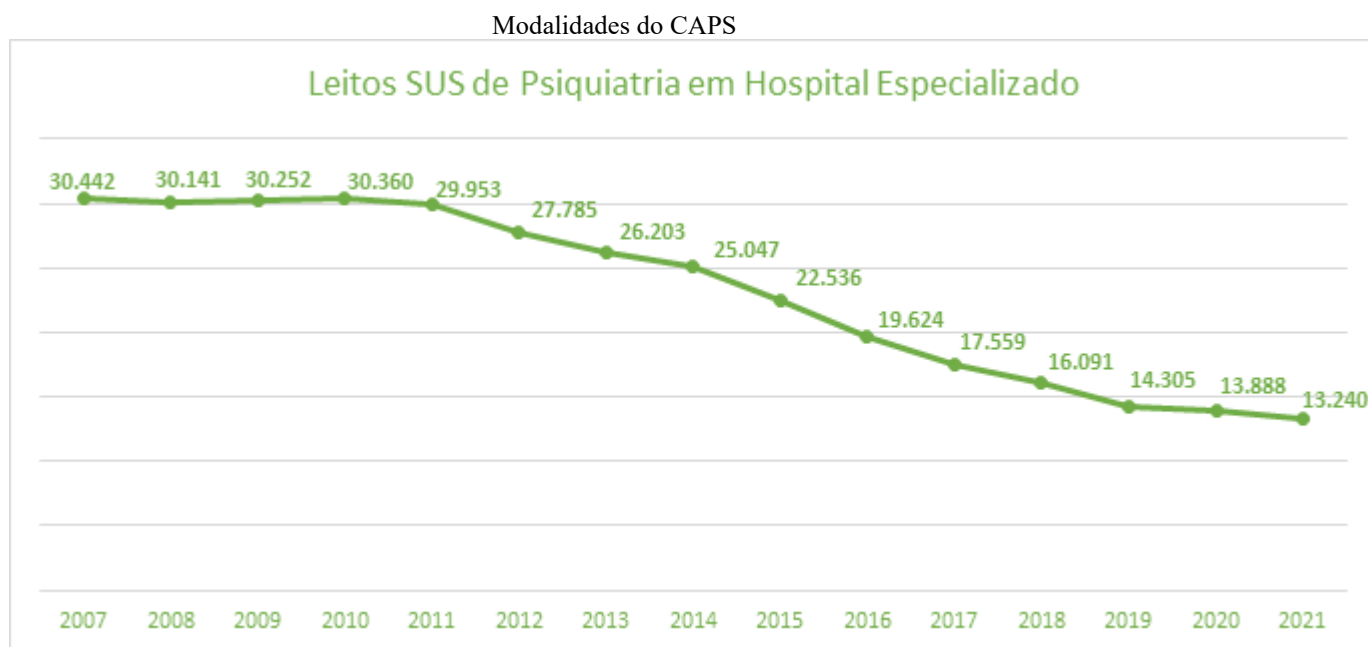
A atenção à Saúde mental começa a ser descentralizada adotando um modelo mais ambulatorial. A III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dispositivo fundamental de participação e de controle social, a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 fortalece o processo da reforma tornando-o política de governo nesta ocasião.

PROGRAMAS COMO INCENTIVO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O processo de Desinstitucionalização inclui a criação de:

- Redução no número de leitos nos hospitais Psiquiátricos: iniciou-se nos anos 90 mas ganha novo impulso a partir de 2002.
- Avaliação anual dos Hospitais Psiquiátricos: seguindo o PNASH/Psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria), que permite uma avaliação da qualidade no atendimento dentro dos hospitais psiquiátricos.
- Residências terapêuticas: são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não.
- Programa De Volta para Casa: pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários que devem ser egressos do Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.
- Criação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em todas as suas modalidades: CAPS I/ CAPS II/ CAPS III/ CAPS i/ CAPS ad que recebem indivíduos com patologias psiquiátricas graves, substituindo a internação hospitalar.

- Centros de Convivência: são estratégias para a sociabilização dos doentes com transtornos mentais e participação em projetos culturais; são espaços para convívio e interação nas comunidades.



Fonte: Ministério da Saúde

A seguir apresenta-se um quadro síntese sobre o processo de desinstitucionalização no Brasil, destacando seus principais marcos históricos, objetivos e impactos na assistência em saúde mental.

Quadro – Processo de Desinstitucionalização no Brasil

Período/Ano	Marco histórico	Características e contribuições
Década de 1970	Surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira	Início das críticas ao modelo manicomial, denunciando a exclusão social, a violência institucional e as internações de longa permanência. Inspirado na reforma italiana liderada por Franco Basaglia.
1978	Criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)	Reuniu profissionais, usuários e familiares na defesa de um modelo humanizado, comunitário e baseado nos direitos humanos.
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru-SP)	Consolidação do Movimento da Luta Antimanicomial, com o lema "Por uma sociedade sem manicômios", fortalecendo a defesa da atenção psicossocial.
1988	Constituição Federal e criação do Sistema Único de Saúde (SUS)	A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, possibilitando a reorganização da assistência em saúde mental dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.
1989	Apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado	Propôs a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários de atenção psicossocial.
Década de 1990	Implantação das primeiras experiências de	Redução gradual dos leitos psiquiátricos e expansão de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção

	desinstitucionalização	Psicossocial (CAPS). A desinstitucionalização passa a ser entendida como transformação social e não apenas fechamento de hospitais.
2001	Lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica)	Marco legal da Reforma Psiquiátrica. Garante os direitos das pessoas com transtornos mentais, prioriza o tratamento em serviços comunitários e estabelece que a internação deve ocorrer apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes.
2002	Regulamentação dos CAPS (Portaria nº 336/2002)	Estruturação da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento multiprofissional, territorial e comunitário.
2003–2011	Expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa De Volta para Casa	Favorecimento da reinserção social de pessoas que permaneceram internadas por longos períodos, promovendo autonomia e cidadania.
2011	Instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Organização integrada dos serviços de saúde mental no SUS, incluindo Atenção Primária, CAPS, leitos em hospitais gerais, urgência e emergência, residências terapêuticas e reabilitação psicossocial.
Atualidade	Consolidação do modelo psicossocial	A desinstitucionalização continua sendo um processo em construção, priorizando o cuidado em liberdade, a inclusão social, a autonomia do usuário e a garantia de direitos humanos, embora persistam desafios relacionados ao financiamento, ampliação dos serviços e acesso à assistência especializada.

POLÍTICAS DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO RELATIVAS À SAÚDE MENTAL

O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira, portanto foi a partir da década de 1980 que as mudanças significativas da legislação em saúde mental acompanharam o processo de redemocratização do país.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental tiveram papel fundamental nas mudanças de comportamento da sociedade relacionados às patologias mentais e as formas de enfrentamento e cuidados aos portadores destas doenças.

O movimento de reforma psiquiátrica iniciado na Europa, mais intensamente na Itália, influenciou os processos de reestruturação dos serviços psiquiátricos aqui no Brasil e como extensão por toda a América Latina, sendo formalizado através da “*Declaração de Caracas*” (Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas formalizado em nov. 1990).

Todas estas modificações acabaram gerando conflitos de opiniões nos diversos setores da nossa sociedade, alguns mantinham a opinião de que os hospitais psiquiátricos deveriam ainda abranger a maior parte do tratamento dos doentes mentais, outros, adeptos ao movimento de desinstitucionalização lutavam para que os a hospitalização dos doentes

fosse diminuindo, sendo substituída por tratamento ambulatorial buscando reinserir o portador de patologias mentais na sociedade.

Foram criados vários projetos inovadores para atender às necessidades destes indivíduos. No decorrer desse processo, recursos financeiros significativos da rede hospitalar foram realocados para serviços comunitários: no período em questão, o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%, possibilitando assim o financiamento dos serviços substitutivos na comunidade, que se tornou quinze vezes maior do que no período anterior.

Avanços substanciais também foram feitos em relação ao atendimento de crianças e adolescentes, na assistência a dependentes de álcool e substâncias, bem como na aprovação de uma agenda relacionada aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

O Marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Lei nº 10.216/2001, completa 25 anos em 2026. Responsável por redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no país, a legislação consolidou a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. O novo modelo substituiu de forma progressiva os antigos hospitais psiquiátricos e as internações de longa permanência por uma rede de cuidado territorial e comunitária.

Dentro dessa estratégia, o Ministério da Saúde habilitou, desde 2023, 798 novos dispositivos assistenciais de saúde mental em todo o Brasil, entre eles leitos especializados, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento. Além disso, de forma inédita, a rede pública passou a ofertar teleatendimento com psicólogos e psiquiatras.

A ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) reforça o compromisso do Governo do Brasil com o cuidado em saúde mental, orientado pelos princípios da cidadania, dos direitos humanos e do cuidado em liberdade, com foco no acompanhamento contínuo e na reinserção social das pessoas atendidas.

Em 2026, já foram viabilizados 159 novos serviços previstos em portarias, que representam, juntos, um investimento federal mensal de cerca de R\$ 2,3 milhões. Entre eles, destacam-se:

- 55 leitos de saúde mental em hospitais gerais, aumentando a capacidade de resposta da atenção hospitalar no SUS;
- 45 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), fundamentais para a reinserção social de pessoas egressas de longas internações psiquiátricas;

- 42 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem acolhimento para pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente;
- 15 Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), que articulam, de forma intersetorial, os processos de desinstitucionalização e o cuidado em liberdade;
- 5 Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), destinadas à oferta de suporte residencial transitório e cuidado em liberdade;

“Essas habilitações representam um avanço concreto na consolidação da política de saúde mental no Brasil. Estamos fortalecendo a capacidade dos territórios de responder, de forma qualificada, articulada e humanizada, às demandas das pessoas com transtornos mentais, reafirmando o compromisso com o cuidado em liberdade e com a superação de práticas manicomiais”, afirma o diretor do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Marcelo KimatiDias.

TELEATENDIMENTO REFORÇA REDE DE ASSISTÊNCIA

Para expandir ainda mais o acesso ao cuidado, o SUS passou a ofertar, pela primeira vez, o serviço de teleatendimento em saúde mental voltado ao atendimento de casos relacionados a jogos e apostas. A iniciativa, realizada em parceria com o Hospital Sírio-Libanês integra as ações do Governo do Brasil para o enfrentamento desse problema de saúde pública.

Outra iniciativa voltada à proteção da saúde mental é a Plataforma Centralizada de Autoexclusão, lançada pelo Governo do Brasil em dezembro de 2025. Até o momento, mais de 574 mil pessoas já recorreram à ferramenta, desenvolvida pelo Ministério da Fazenda, que permite o bloqueio voluntário e simultâneo de todas as casas de apostas autorizadas no Brasil por meio de uma única solicitação vinculada ao CPF.

Do total de usuários cadastrados, 207 mil (41%) apontaram a perda de controle sobre o jogo e os impactos na saúde mental como principal motivo para a autoexclusão. Para direcionar a busca por assistência no SUS, a plataforma reúne orientações e links com informações de onde encontrar atendimento especializado.

MAIS ESTRUTURA E INVESTIMENTO PARA A SAÚDE MENTAL

A capacidade de atendimento em saúde mental no SUS alcançou 52 mil usuários em 2025, um crescimento de 6% em relação aos 49 mil pacientes registrados em 2022. Como resultado da expansão da rede, os investimentos também aumentaram. O orçamento passou de R\$ 1,7 milhão, em 2022, para R\$ 2,9 milhões em 2025, o que representa 70% a mais de em recursos.

Durante esta gestão, o avanço também contempla as equipes especializadas que atuam na rede pública de saúde mental. Entre 2024 e 2025, o número de profissionais passou de 11,8 mil para 12,4 mil, incluindo psicólogos e psiquiatras. Com reforço da equipe, o SUS garante mais capacidade de acolhimento, acompanhamento contínuo e atendimento multiprofissional para os pacientes.

CONSIDERAÇÕES

Ainda hoje a luta para ampliar os direitos das pessoas com transtornos mentais continua, os desafios são muitos, pois depende do momento político e econômico atual. Apesar de todos os progressos alcançados, existem ainda desafios importantes, e só poderão ser enfrentados se for possível definir uma política centrada nas necessidades prioritárias das populações, baseada no conhecimento científico mais atualizado e alinhada com os instrumentos internacionais de direitos humanos.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *O que é Desinstitucionalização?*
2. *Quem foi Franco Basaglia?*
3. *Que Programas foram criados para substituir os Hospitais Psiquiátricos?*

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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.

_____. Sistema Único de Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

_____. 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)

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. 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.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 587-596, 2011.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP*, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde comemora 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, 2021.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: da década de 1980 aos dias atuais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

CAPÍTULO 3

A INFLUÊNCIA DA PSICANÁLISE NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

DEFINIÇÃO

A **psicanálise** é uma teoria sobre o funcionamento da mente, um método de investigação dos processos psíquicos inconscientes e um método clínico de tratamento desenvolvido por Sigmund Freud no final do século XIX. Seu principal pressuposto é que pensamentos, emoções e comportamentos são influenciados por processos inconscientes, os quais podem ser acessados e compreendidos por meio da associação livre, da interpretação dos sonhos, dos atos falhos e da análise da transferência. Uma das definições mais clássicas é apresentada por Freud:

"Psicanálise é o nome de um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo; um método baseado nessa investigação para o tratamento dos distúrbios neuróticos; e uma série de concepções psicológicas adquiridas por esse meio e que se acumulam numa nova disciplina científica."

A seguir apresentamos os principais Psicanalistas e suas Teorias:

A IMPORTÂNCIA DE PHILIPPE PINEL NA HUMANIZAÇÃO DO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

“Philippe Pinel é considerado o fundador da psiquiatria”. Pai da primeira revolução psiquiátrica.

Sua imagem foi celebrizada num quadro por Robert Fleury, onde ele aparece com Pussin liberando os doentes mentais das correntes. Seu grande mérito foi introduzir tendências humanísticas na assistência ao doente mental. Pinel propôs o tratamento "moral" que consistia em usar de amabilidade, firmeza, atenção às necessidades psicológicas e físicas, uma relação humanitária entre o paciente e aqueles que o cuidam; diversões sadias, otimismo dependente do prognóstico dos pacientes alienados.

Nascido em 20 de abril de 1745 na cidade de Saint-André D'Alayrac, sul da França. Filho de médico interessou-se pelo estudo da medicina, diplomando-se pela Faculdade de Toulouse aos 28 anos, em dezembro de 1773. Em 1792 Pinel tornou-se o médico chefe do asilo para homens Bicetrê, em Paris, onde desenvolveu uma nova forma de tratamento aos pacientes, que muitos autores atualmente consideram como a primeira reforma da psiquiatria. Ele separava os doentes mentais de outros indivíduos marginalizados para que

iniciassem um tratamento. 1794, passou a ocupar idêntico posto no Hospital La Salpêtrière, para mulheres. Em 1803, foi eleito membro do Institut de France e, mais tarde, professor de patologia da Escola de Medicina de Paris.

Demonstrava que o estado mental do indivíduo se dava em razão de doenças e não poderiam ser considerados iguais a outros que não eram doentes, mas marginalizados igualmente pela sociedade, considerados criminosos ou endemoniados. Na época viviam acorrentados em pequenos espaços, aglomerados, sem condições mínimas de respeito e cuidados.

Pinel os libertou das correntes para que eles experimentassem a liberdade de poder caminhar naquele pequeno espaço da sela. Outra ação pioneira deste médico foi durante as crises de agitação e violência utilizarem apenas a camisa-de-força.

Pinel, como se vê, teve muitas razões para ser considerado pioneiro no tratamento de doentes mentais, sendo um dos precursores da psiquiatria moderna, ramo da medicina a que ele se dedicou após a tragédia ocorrida com um amigo seu – conta-se que tendo enlouquecido, o amigo fugiu para a floresta onde foi devorado por lobos.

Seus escritos privilegiam o refinamento literário em que predominaram as concepções de humanismo; baniu tratamentos antigos tais como sangrias, vômitos, purgações e ventosas, preferindo terapias que incluíssem a aproximação e o contato amigável com o paciente, proporcionando-lhe e liberalismo, de forte influência iluminista, ainda, um programa de atividades ocupacionais, no qual o tratamento digno e respeitoso foi a tônica.

Pinel foi o primeiro a elaborar uma classificação para as doenças mentais, fato este que constituiu extraordinário avanço da psiquiatria. Em sua primeira obra, *Nosographie Philosophique* (1798), destinada à classificação das doenças, distinguiu várias psicoses e descreveu, entre outros fenômenos, alucinações, isolamentos e uma variedade de outros sintomas, o que lhe rendeu grande projeção.

Seu principal livro, um dos clássicos da psiquiatria, *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie* (1801), discutiu sua abordagem psicologicamente orientada.

“O moderno movimento de humanização dos manicômios, a que estão engajados os organismos de ponta da evolução social, não pode esquecer, na sua trajetória de luta, que o seu representante primeiro foi, sem sombra de dúvida, Philippe Pinel.”

APLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL E NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

A teoria e a prática de Philippe Pinel tiveram grande importância para a saúde mental ao defender um cuidado mais humano, ético e respeitoso às pessoas com transtornos mentais, rompendo com práticas de exclusão, castigo e violência. Ele propôs o chamado tratamento moral, baseado em observação, acolhimento, diálogo, organização da rotina e respeito à dignidade do paciente. Na enfermagem psiquiátrica, suas contribuições aparecem na valorização do cuidado humanizado, da escuta, da observação contínua do comportamento, da criação de um ambiente terapêutico seguro e do respeito aos direitos da pessoa em sofrimento psíquico. Sua visão ajudou a construir uma assistência mais centrada no paciente e na reabilitação psicossocial.

A IMPORTÂNCIA DA PSICANÁLISE E A ATUAÇÃO DE SIGMUND FREUD

“Sigmund Freud (1856-1939) foi um médico neurologista e importante psicanalista austríaco. Foi considerado o pai da psicanálise”. Sigmund Schlomo Freud nasceu em Freiberg, o nome original de Freud era Sigismund Schlomo Freud (mudou seu nome para Sigmund em 1878). na Morávia, então pertencente ao Império Austríaco, no dia 6 de maio de 1856. Filho de Jacob Freud, pequeno comerciante e de Amalie Nathanson, de origem judaica, foi o primogênito de sete irmãos. Aos 17 anos, ingressou na Universidade de Viena, no curso de Medicina. Durante os anos de faculdade, deixou-se fascinar pelas pesquisas realizadas no laboratório de fisiologia dirigido pelo Dr. E. W. von Brucke.

De 1876 a 1882, trabalhou com esse especialista e concentrou-se em pesquisas sobre a histologia do sistema nervoso. Já revelava grande interesse pelo estudo das enfermidades mentais, bem como pelos métodos utilizados em seu tratamento.

Em 1884 entrou em contato com o médico Josef Breuer que havia curado sintomas graves de histeria através do sono hipnótico, onde o paciente conseguia se recordar das circunstâncias que deram origem à sua moléstia. Chamado de “método catártico” constituiu o ponto de partida da psicanálise. Em 1885, Freud obteve o mestrado em neuropatologia. Nesse mesmo ano ganhou uma bolsa para um período de especialização em Paris, com o neurologista francês J. M. Charcot. Charcot era conhecido por tratar os seus pacientes por meio da hipnose. O que Freud aprendeu com Charcot teve enorme peso para que ele formulasse suas teorias anos depois.

De volta a Viena, continuou suas experiências com Breuer. Publicou, junto com Breuer, Estudos sobre a Histeria (1895), que marcou o início de suas investigações psicanalíticas

Durante dez anos, Freud trabalhou sozinho no desenvolvimento da psicanálise. Em 1906, a ele juntou-se Adler, Jung, Jones e Stekel, que em 1908 se reuniram no primeiro Congresso Internacional de Psicanálise, em Salzburg.

O primeiro sinal de aceitação da Psicanálise no meio acadêmico surgiu em 1909, quando foi convidado a dar conferências nos EUA, na Clark University, em Worcester.

Em 1910, por ocasião do segundo congresso internacional de psicanálise, realizado em Nuremberg, o grupo fundou a Associação Psicanalítica Internacional, que consagrou os psicanalistas em vários países. Entre 1911 e 1913, Freud foi vítima de hostilidades, principalmente dos próprios cientistas, que, indignados com as novas ideias, tudo fizeram para desmoralizá-lo. Adler, Jung e toda a chamada escola de Zurique separaram-se de Freud.

Em 1923, já doente, Freud passou pela primeira cirurgia para retirar um tumor no palato. Passou a ter dificuldades para falar, sentia dores e desconforto. Seus últimos anos de vida coincidiram com a expansão do nazismo na Europa.

Em 1938, Sigmund Freud foi obrigado a abandonar a Áustria ante a ocupação nazista do dia 12 de março desse ano. Nesse triste dia, Freud escrevia na sua Chronik: “Finis Austriae, graças à ajuda inestimável de seus amigos e discípulos, principalmente Ernest Jones e Marie Bonaparte, pôde deixar Viena, via Paris, rumo a Londres.

Sigmund Freud morreu em Londres, Inglaterra, no dia 23 de setembro de 1939.

A PSICANÁLISE E O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE SEGUNDO FREUD

A finalidade básica da psicanálise é trazer de volta os conteúdos rejeitados pelo indivíduo para a vida consciente, ou seja, desejos proibidos, memórias da primeira infância ou traumas ocorridos que ficaram no esquecimento como uma forma de auto defesa da consciência, então através da Psicanálise é possível *tornar consciente o que estava inconsciente*.

O indivíduo reprime ou rejeita a lembrança ou os desejos proibidos por serem traumáticos, daí o esquecimento. Porém esse conteúdo recalado não está de forma alguma extinto, age no inconsciente, exercendo a sua influência de forma encoberta, distorcendo a conduta de forma forada comum.

Freud desenvolve a teoria dos sonhos, porque ele descobre que o sonho é essencialmente uma satisfação disfarçada dos desejos proibidos que foram reprimidos. As interpretações dos sonhos revelam o caminho tortuoso do inconsciente e também o caráter alógico de suas funções; é uma das técnicas que orientam o psicanalista no processo analítico para tornar consciente os conflitos do indivíduo que se apresentam como sintonia (exemplos: neurose de angústia, medo ou fobia, neurose de pensamentos obsessivos, hipocondria, paranoia, esquizofrenia, melancolia, etc.).

Outro ponto fundamental da teoria psicanalítica é a ênfase sobre a sexualidade infantil, Freud conceitua sobre os impulsos sexuais e descreve a fase oral (prazer oral independentemente das necessidades de alimentar-se – sucção); a fase anal (prazer nas necessidades fisiológicas) e o complexo de castração (descoberta da diferença entre menina e menino, em consequência disso, a ameaça), dentre outros.

Criou o termo *Libido* para definir a energia sexual que está presente em todas as fases do desenvolvimento humano.

Também criou a teoria da divisão da mente em ID, EGO E SUPEREGO. O EGO representa nossa consciência, o SUPEREGO vem a ser nossa consciência moral, ou seja, os princípios sociais que nos são impostos quando criança e que nos acompanha por toda a vida. E ainda o ID que representam os vários impulsos relacionados ao prazer.

Outra importante contribuição foram os mecanismos de defesa, processos psicológicos inconscientes descritos inicialmente por Sigmund Freud e posteriormente sistematizados por Anna Freud em sua obra sobre os mecanismos de defesa do ego. Esses mecanismos têm como função proteger o indivíduo da ansiedade, do sofrimento emocional e dos conflitos internos decorrentes das exigências do id, do superego e da realidade externa.

Segundo Freud (1923), o ego utiliza essas estratégias de forma automática e inconsciente para reduzir tensões psíquicas, preservando o equilíbrio emocional. Embora sejam considerados processos normais e necessários para a adaptação, seu uso excessivo ou rígido pode contribuir para dificuldades emocionais e transtornos psicológicos.

PRINCIPAIS MECANISMOS DE DEFESA

1. Repressão: considerada o principal mecanismo de defesa da teoria freudiana. Consiste em afastar da consciência pensamentos, lembranças, desejos ou sentimentos que provocam ansiedade ou sofrimento.

Exemplo: uma pessoa que sofreu um evento traumático pode não se lembrar conscientemente do ocorrido, embora esse evento continue influenciando seu comportamento.

2. Negação :o indivíduo recusa-se a reconhecer uma realidade dolorosa ou ameaçadora, agindo como se ela não existisse.

Exemplo: um paciente que recebe o diagnóstico de uma doença grave e insiste em afirmar que houve erro nos exames.

3. Projeção :ocorre quando sentimentos, desejos ou características pessoais inaceitáveis são atribuídos a outra pessoa.

Exemplo: alguém com sentimentos de inveja acusa constantemente os outros de serem invejosos.

4. Racionalização: consiste em criar justificativas aparentemente lógicas para comportamentos ou situações que gerariam desconforto emocional.

Exemplo: um estudante reprovado afirma que a prova era injusta, evitando reconhecer que não estudou o suficiente.

5. Deslocamento :emoções dirigidas a uma pessoa ou situação são transferidas para outro alvo considerado menos ameaçador.

Exemplo: após receber uma repreensão no trabalho, a pessoa chega em casa e desconta sua irritação em familiares.

6. Formação reativa :o indivíduo expressa sentimentos ou comportamentos opostos aos seus verdadeiros desejos inconscientes.

Exemplo: alguém que sente forte hostilidade por outra pessoa demonstra excesso de gentileza e cordialidade.

7. Regressão :caracteriza-se pelo retorno temporário a comportamentos típicos de fases anteriores do desenvolvimento diante de situações estressantes.

Exemplo: uma criança que volta a fazer xixi na cama após o nascimento de um irmão.

8. Sublimação: considerada um dos mecanismos mais adaptativos, pois transforma impulsos socialmente inaceitáveis em atividades valorizadas pela sociedade.

Exemplo: uma pessoa com impulsos agressivos dedica-se a esportes de luta ou à produção artística.

9. Compensação: ocorre quando o indivíduo procura desenvolver habilidades em determinada área para compensar limitações percebidas em outra.

Exemplo: uma pessoa insegura em relação à aparência dedica-se intensamente aos estudos e à carreira profissional.

10. Identificação: o indivíduo incorpora características, valores ou comportamentos de outra pessoa considerada importante ou admirada.

Exemplo: um estudante de Enfermagem que adota atitudes profissionais inspiradas em um professor experiente.

IMPORTÂNCIA DOS MECANISMOS DE DEFESA

Os mecanismos de defesa exercem papel essencial na manutenção do equilíbrio emocional, pois ajudam o indivíduo a enfrentar situações potencialmente geradoras de ansiedade. Em condições normais, favorecem a adaptação e a preservação da saúde mental. Entretanto, quando utilizados de maneira excessiva, rígida ou inadequada, podem dificultar o enfrentamento dos problemas e comprometer os relacionamentos interpessoais e o bem-estar psicológico.

Na prática clínica, a identificação dos mecanismos de defesa auxilia profissionais da Psicologia, Psiquiatria e Enfermagem a compreenderem as formas pelas quais os indivíduos lidam com conflitos, perdas, doenças e situações de estresse, contribuindo para intervenções terapêuticas mais adequadas e humanizadas.

Os mecanismos de defesa representam um dos principais legados da teoria psicanalítica. Eles evidenciam que o ser humano utiliza estratégias inconscientes para proteger-se de emoções dolorosas e conflitos internos. O conhecimento desses mecanismos possibilita uma compreensão mais ampla do comportamento humano, favorecendo o autoconhecimento e a prática clínica em diferentes áreas da saúde.

APLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL E NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

A teoria de Sigmund Freud contribui para a saúde mental ao explicar que muitos sofrimentos psíquicos podem estar relacionados a conflitos inconscientes, experiências da infância, mecanismos de defesa e à forma como a pessoa lida com desejos, perdas e traumas. Na prática clínica, essas ideias ajudam na compreensão mais profunda do comportamento, das emoções e dos sintomas apresentados pelo paciente. Na enfermagem psiquiátrica, a teoria freudiana pode ser aplicada na escuta qualificada, na observação do comportamento, na identificação de mecanismos de defesa e no fortalecimento do vínculo terapêutico entre profissional e paciente. Ela auxilia o enfermeiro a compreender o sujeito

para além do diagnóstico, considerando sua história de vida, seus conflitos emocionais e sua singularidade no cuidado em saúde mental.

PSICOLOGIA ANALÍTICA E OS CONCEITOS PROPOSTOS POR JUNG

A Psicologia Analítica, também denominada Psicologia Junguiana, foi desenvolvida pelo psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875–1961). Essa abordagem surgiu no início do século XX como um desdobramento da psicanálise, após o rompimento teórico entre Jung e Sigmund Freud. Embora ambos reconhecessem a importância do inconsciente na compreensão do comportamento humano, Jung ampliou esse conceito ao propor que a psique é composta não apenas pelo inconsciente pessoal, mas também por um inconsciente coletivo, compartilhado por toda a humanidade.

A Psicologia Analítica considera que o ser humano é uma unidade complexa formada por aspectos conscientes e inconscientes, cuja integração constitui o principal objetivo do desenvolvimento psicológico. Para Jung, a saúde mental depende do equilíbrio entre essas dimensões da personalidade, sendo o autoconhecimento um elemento fundamental para a promoção do bem-estar psíquico.

ESTRUTURA DA PSIQUE

Jung concebeu a psique como composta por três níveis principais:

- **Consciência:** representa a parte da mente responsável pela percepção da realidade, pelos pensamentos e pelas decisões conscientes. Seu centro é o ego, responsável pela identidade pessoal e pelo senso de continuidade da experiência.
- **Inconsciente pessoal:** corresponde às experiências esquecidas, reprimidas ou pouco desenvolvidas ao longo da vida. Nele encontram-se lembranças, conflitos emocionais e conteúdos que influenciam o comportamento sem que o indivíduo tenha consciência deles.
- **Inconsciente coletivo:** constitui a principal contribuição de Jung para a psicologia. Trata-se de uma camada profunda da psique formada por conteúdos universais herdados da história evolutiva da humanidade. Esses conteúdos manifestam-se por meio dos arquétipos, padrões universais de comportamento, pensamento e emoção.

OS ARQUÉTIPOS

Os arquétipos são modelos universais presentes no inconsciente coletivo que organizam a experiência humana. Eles aparecem em sonhos, mitos, contos de fadas, religiões, obras de arte e manifestações culturais de diferentes povos.

Entre os principais arquétipos descritos por Jung destacam-se:

- **Persona:** representa a imagem social que o indivíduo apresenta ao mundo. É uma espécie de "máscara" utilizada para facilitar a adaptação às exigências da sociedade.
- **Sombra:** reúne os aspectos rejeitados, reprimidos ou desconhecidos da personalidade. Embora frequentemente associada a características negativas, a sombra também pode conter potenciais criativos e talentos pouco desenvolvidos.
- **Anima e Animus:** simbolizam os aspectos femininos presentes na psique masculina (anima) e os aspectos masculinos presentes na psique feminina (animus). Jung entendia esses conceitos como representações simbólicas da complementaridade psicológica.
- **Self (Si-mesmo):** considerado o arquétipo central da personalidade, representa a totalidade da psique e a integração entre consciente e inconsciente. O Self constitui a meta do desenvolvimento psicológico.

O PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO

O conceito mais importante da Psicologia Analítica é o processo de individuação. Esse processo refere-se ao desenvolvimento psicológico por meio do qual a pessoa integra diferentes aspectos da personalidade, tornando-se um indivíduo mais consciente, autêntico e equilibrado.

Durante a individuação, o indivíduo reconhece conteúdos inconscientes, enfrenta conflitos internos, integra sua sombra e amplia sua compreensão sobre si mesmo. Esse processo ocorre ao longo da vida e está relacionado ao amadurecimento emocional e ao desenvolvimento da personalidade.

OS SONHOS NA PSICOLOGIA ANALÍTICA

Jung atribuía grande importância aos sonhos como forma de comunicação do inconsciente. Diferentemente de Freud, que interpretava os sonhos principalmente como realização de desejos reprimidos, Jung acreditava que eles possuíam função compensatória e orientadora.

Os sonhos revelariam aspectos desconhecidos da personalidade, indicando conflitos, possibilidades de crescimento e caminhos para o equilíbrio psicológico. Sua interpretação depende do contexto individual, das experiências de vida e dos símbolos presentes na cultura do sonhador.

SÍMBOLOS E MITOLOGIA

Outro aspecto fundamental da teoria junguiana é o estudo dos símbolos. Para Jung, os símbolos possuem significado psicológico profundo e representam conteúdos do inconsciente que não podem ser plenamente expressos pela linguagem racional.

Por essa razão, Jung dedicou-se ao estudo comparado das religiões, da alquimia, da mitologia, da filosofia oriental e das tradições culturais, identificando padrões simbólicos recorrentes em diferentes civilizações. Esses símbolos refletem estruturas universais da psique humana.

TIPOS PSICOLÓGICOS

Jung também desenvolveu uma teoria da personalidade baseada nas atitudes e funções psicológicas. Inicialmente descreveu duas atitudes fundamentais:

- Introversão;
- Extroversão.
- Além disso, identificou quatro funções psicológicas:
- Pensamento;
- Sentimento;
- Sensação;
- Intuição.

A combinação dessas atitudes e funções origina diferentes tipos psicológicos, teoria que posteriormente inspirou instrumentos amplamente conhecidos, como o indicador de tipos MBTI, embora esse instrumento tenha sido desenvolvido por outros autores e não deva ser confundido com a teoria original de Jung.

APLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL E NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

Embora a Psicologia Analítica tenha sido concebida como uma abordagem psicoterapêutica, muitos de seus conceitos contribuem para a prática da enfermagem em

saúde mental. A compreensão dos processos simbólicos, da subjetividade e da construção da identidade favorece uma assistência mais humanizada e centrada na pessoa.

Na prática clínica, o enfermeiro pode utilizar princípios inspirados na abordagem junguiana para:

- compreender o significado subjetivo do sofrimento psíquico;
- fortalecer a escuta terapêutica e o vínculo com o paciente;
- respeitar as singularidades da experiência emocional;
- favorecer o autoconhecimento e o desenvolvimento da autonomia do indivíduo;
- reconhecer a influência da cultura, dos valores e da história de vida no processo de adoecimento e recuperação.

É importante destacar que a enfermagem não realiza psicoterapia junguiana, atividade privativa de profissionais habilitados para essa finalidade. Entretanto, o conhecimento da Psicologia Analítica amplia a compreensão do comportamento humano e pode contribuir para um cuidado integral em saúde mental.

A Psicologia Analítica de Jung representa uma das mais influentes correntes da psicologia profunda. Ao enfatizar o inconsciente coletivo, os arquétipos, os símbolos e o processo de individuação, Jung ampliou a compreensão da mente humana para além dos conflitos individuais, incorporando dimensões culturais, espirituais e existenciais. Seus conceitos continuam influenciando a psicologia, a psiquiatria, a educação, a antropologia, a literatura e as práticas de cuidado em saúde mental, oferecendo importantes subsídios para profissionais que atuam na assistência integral ao ser humano.

QUADRO COMPARATIVO: TEORIAS DE PINEL, FREUD E JUNG

Aspectos	Philippe Pinel	Sigmund Freud	Carl Gustav Jung
Período histórico	Final do século XVIII e início do século XIX	Final do século XIX e primeira metade do século XX	Primeira metade do século XX
Área de atuação	Psiquiatria	Neurologia e Psicanálise	Psiquiatria e Psicologia Analítica
Objeto de estudo	Transtornos mentais e tratamento humanizado dos pacientes	Funcionamento da mente, inconsciente e conflitos psíquicos	Inconsciente individual e coletivo, personalidade e desenvolvimento humano
Visão sobre a doença mental	A doença mental é uma enfermidade que necessita de tratamento médico e cuidado humanizado.	Resulta de conflitos inconscientes, frequentemente relacionados às experiências	Decorre do desequilíbrio entre os aspectos conscientes e

Aspectos	Philippe Pinel	Sigmund Freud	Carl Gustav Jung
		da infância.	inconscientes da personalidade.
Conceito central	Tratamento moral e humanização da assistência psiquiátrica.	Inconsciente, repressão, conflitos psíquicos e sexualidade.	Inconsciente coletivo, arquétipos, individuação e símbolos.
Estrutura da personalidade	Não desenvolveu uma teoria específica da personalidade.	Id, Ego e Superego.	Ego, inconsciente pessoal e inconsciente coletivo.
Inconsciente	Não abordou esse conceito.	Local onde permanecem desejos, lembranças e conflitos reprimidos.	Divide-se em inconsciente pessoal e inconsciente coletivo, composto por arquétipos universais.
Origem dos conflitos	Alterações mentais e fatores biopsicossociais.	Conflitos entre desejos inconscientes, normas sociais e experiências infantis.	Desequilíbrio entre os diferentes componentes da personalidade e dificuldade no processo de individuação.
Método terapêutico	Tratamento moral, observação clínica, acolhimento, higiene, trabalho e convivência social.	Psicanálise: associação livre, interpretação dos sonhos, análise da transferência e dos atos falhos.	Psicologia Analítica: interpretação de sonhos, símbolos, imaginação ativa e análise dos arquétipos.
Importância dos sonhos	Não atribuiu importância terapêutica específica.	Os sonhos representam a "via régia para o inconsciente".	Os sonhos expressam conteúdos do inconsciente pessoal e coletivo, favorecendo o autoconhecimento.
Importância da infância	Reconheceu fatores ambientais, mas não formulou teoria específica.	A infância exerce papel fundamental na formação da personalidade.	A infância é importante, porém o desenvolvimento psicológico continua durante toda a vida.
Espiritualidade	Não enfatizou esse aspecto.	Pouco explorada em sua teoria.	Considerada importante para o desenvolvimento psíquico e o processo de individuação.
Contribuições para a saúde mental	Humanização da assistência psiquiátrica e superação das práticas asilares violentas.	Criação da Psicanálise e ampliação da compreensão dos processos inconscientes.	Desenvolvimento da Psicologia Analítica e valorização dos aspectos simbólicos,

Aspectos	Philippe Pinel	Sigmund Freud	Carl Gustav Jung
			culturais e espirituais da psique.
Influência atual	Base para a reforma da assistência psiquiátrica e para práticas humanizadas em saúde mental.	Influencia a Psicanálise, a Psicologia Clínica, a Psiquiatria e diversas áreas das ciências humanas.	Influencia a Psicologia Analítica, a Psicoterapia, a Educação, os estudos sobre personalidade e a Psicologia da religião.

PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE AS TEORIAS

PHILIPPE PINEL

- Considerado o pai da Psiquiatria moderna.
- Defendeu o tratamento humanizado das pessoas com transtornos mentais.
- Rompeu com práticas de violência e confinamento, propondo o tratamento moral, baseado no respeito, na observação clínica e na reabilitação.
- Sua contribuição concentrou-se na organização da assistência psiquiátrica.

SIGMUND FREUD

- Criou a Psicanálise.
- Defendeu que o comportamento humano é fortemente influenciado pelo inconsciente.
- Enfatizou a importância da infância, da sexualidade e dos conflitos psíquicos na formação da personalidade.
- Desenvolveu técnicas terapêuticas como associação livre e interpretação dos sonhos.

CARL GUSTAV JUNG

- Inicialmente colaborador de Freud, desenvolveu posteriormente a Psicologia Analítica.
- Introduziu os conceitos de inconsciente coletivo, arquétipos, persona, sombra, anima, animus e processo de individuação.
- Ampliou a compreensão da psique ao integrar aspectos simbólicos, culturais, mitológicos e espirituais.

SÍNTESE COMPARATIVA

As teorias de Pinel, Freud e Jung representam diferentes momentos da evolução da compreensão da saúde mental. Pinel revolucionou a assistência psiquiátrica ao defender um tratamento digno e humanizado para as pessoas com transtornos mentais. Freud inaugurou a Psicanálise, destacando a influência do inconsciente e dos conflitos infantis na personalidade. Jung, por sua vez, ampliou a visão da psique ao propor o inconsciente coletivo e os arquétipos, enfatizando o desenvolvimento psicológico ao longo de toda a vida e a busca pela integração da personalidade.

CONSIDERAÇÕES

Pinel, assim como Freud foram precursores de outros estudiosos que se dedicaram às pesquisas da mente humana. Seus trabalhos e suas teorias permitiram popularizar o tratamento Psicológico através do diálogo entre o profissional e o paciente; suas pesquisas trouxeram luz ao tratamento dos transtornos do comportamento humano.

As ideias de Freud exerceram profunda influência sobre diversas áreas do conhecimento. Na Psicologia, contribuíram para o desenvolvimento de novas abordagens sobre personalidade, desenvolvimento humano e psicopatologia. Na Psiquiatria, favoreceram uma compreensão mais ampla dos transtornos mentais, considerando aspectos emocionais além das alterações biológicas.

Na área da saúde, especialmente na Enfermagem, a Psicanálise auxilia na compreensão da subjetividade do paciente, do sofrimento emocional, das relações interpessoais e da comunicação terapêutica. O reconhecimento dos aspectos inconscientes do comportamento pode contribuir para uma assistência mais humanizada e centrada nas necessidades individuais.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *Qual o significado do sonho para Freud?*
2. *O que vem a ser LIBIDO?*
3. *Como era realizado o tratamento "moral" de Pinel aos doentes mentais?*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Memória da loucura: apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 88 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

VILLARI, R.A. Entre Viena e Londres: uma visita à casa de Sigmund Freud. Psicologia, Ciência e profissão. Brasília, v. 20, n. 3, p. 2-7, Set. 2000.
Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414989320000003000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15/05/2021.

Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental. Traduções diversas.

FREUD, S. O ego e o id. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos. Porto Alegre: L&PM, 2019.

Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

O Homem e Seus Símbolos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FREUD, Sigmund. Dois verbetes de enciclopédia (1923 [1922]). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18.

FREUD, Sigmund. Conferências introdutórias sobre psicanálise (1916–1917). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. Vocabulário da Psicanálise. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Elisabeth Roudinesco; Michel Plon. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
Joel Birman. Psicanálise, ciência e cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

CAPÍTULO 4

NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

NÍVEIS DE COMPLEXIDADE E SEUS RESPECTIVOS SERVIÇOS

NÍVEL PRIMÁRIO

1. Unidade Básica de Saúde

- pode atender usuários com transtornos mentais leves
- recebe matriciamento do NASF e CAPS
- é porta de entrada para a Rede de Atenção em Saúde Mental
- referência e contra referência AMENT e CAPS

NÍVEL SECUNDÁRIO

1. Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT)

- atende usuários com transtornos mentais moderados
- atua como cuidado intermediário entre a Atenção Básica e o CAPS
- não é porta de entrada para a Rede de Atenção Básica (necessidade de encaminhamento)
- há necessidade de encaminhamento da Atenção Básica e CAPS
- seu funcionamento ocorre em Unidade própria ou em Ambulatório Especializados já existentes

2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

- para usuários com transtornos mentais graves agudizados ou cronificados.
- realiza-se acompanhamento intensivo
- o objetivo é a reabilitação psicossocial
- torna-se porta de entrada para a Rede
- os atendimentos são realizados quando o usuário está em crise
- oferece matriciamento para a Atenção Básica

3. Serviços de Urgência e Emergência

- para usuários com transtornos mentais graves agudizados em situação de crise/surto
- podem utilizar a UPA e Pronto Socorro em geral (que tenham ou não médico psiquiatra noplantão)

- oferecem atendimento por demanda espontânea
- pode ocorrer atendimento referenciado por outros Serviços
- pode ocorrer atendimento por encaminhamentos do SAMU

NÍVEL TERCIÁRIO

1. Hospitais Gerais

- para pacientes COM transtornos mentais graves agudizados em situação de crise/surto
- dá-se preferência a pacientes com riscos ou presença de comorbidade clínica
- ocorrem internações breves com encaminhamento para outros pontos de atenção da Rede paraseguimento após alta.

2. Hospitais Psiquiátricos Especializados

- para pacientes com transtornos mentais graves agudizados em situação de crise/surto
- dá-se preferência a pacientes SEM risco ou presença de comorbidade clínica
- ocorrem internações breves com encaminhamento para outros pontos de atenção da Rede paraseguimento após alta.

OUTROS SERVIÇOS/PROJETOS

1. Unidade de Acolhimento (UA) – Adulto e Infante juvenil

- para usuários com transtornos mentais graves relacionados ao uso de álcool e drogas
- para indivíduos com baixo suporte social e familiar
- para usuários com tratamento vinculado a um CAPS AD

2. Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

- para moradores egressos de internações longas em Hospitais Psiquiátricos
- Projeto criado para auxiliar no processo de Desinstitucionalização

3. Comunidade Terapêutica

- para usuários com transtornos mentais graves relacionados ao uso de álcool e drogas
- usuários com história de múltiplas recaídas
- usuários com insucesso de tratamentos prévios

- usuários com necessidade de acolhimento de longo prazo
- necessidade de manter contato com Serviços de Saúde da RAPS para articular encaminhamento apropriado do usuário

Todos estes serviços foram criados e desenvolvidos para substituir as internações em hospitais psiquiátricos e oferecer modelos mais humanizados de tratamento das patologias mentais. São considerados opções de acolhimento e de apoio ao doente mental.

A organização da assistência em saúde mental no Brasil ocorre por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora o SUS utilize os níveis de atenção (primária, especializada e hospitalar), a RAPS integra esses diferentes níveis para garantir cuidado contínuo, integral e humanizado às pessoas com sofrimento psíquico.

Quadro – Níveis de complexidade da assistência em Saúde Mental no SUS

Nível de complexidade	Serviços	Público-alvo	Principais ações	Objetivos
Atenção Primária (Baixa Complexidade)	Unidade Básica de Saúde (UBS); Estratégia Saúde da Família (ESF); Consultório na Rua; Centros de Convivência	Pessoas com sofrimento psíquico leve a moderado, transtornos mentais comuns e usuários em acompanhamento contínuo	Acolhimento, escuta qualificada, prevenção, promoção da saúde mental, acompanhamento clínico, visitas domiciliares, ações educativas e encaminhamento quando necessário	Resolver a maior parte das demandas em saúde mental, promover cuidado próximo da comunidade e prevenir agravamentos.
Atenção Psicossocial Especializada (Média Complexidade)	CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD, Equipes Multiprofissionais Especializadas	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ou necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas	Atendimento multiprofissional, consultas médicas e psicológicas, grupos terapêuticos, oficinas, atendimento familiar, manejo de crises, Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Evitar internações desnecessárias, oferecer tratamento intensivo em liberdade e promover reinserção social.
Atenção Hospitalar (Alta Complexidade)	Leitos de saúde mental em hospitais gerais, hospitais especializados quando indicados	Pessoas em crise psiquiátrica grave, risco de suicídio, agitação intensa ou necessidade de estabilização clínica	Internação de curta duração, tratamento intensivo, estabilização clínica e preparação para retorno à RAPS	Garantir atendimento seguro durante situações agudas, mantendo a internação pelo menor tempo possível e articulando o retorno ao cuidado comunitário.

Urgência e Emergência	SAMU 192, UPA 24 horas, Pronto-Socorro, hospitais gerais	Pessoas em crise psiquiátrica ou emergência relacionada ao uso de álcool e outras drogas	Atendimento imediato, avaliação do risco, estabilização clínica e encaminhamento à RAPS	Preservar a vida, reduzir riscos e garantir continuidade do cuidado após a estabilização.
Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa De Volta para Casa, cooperativas sociais, geração de trabalho e renda	Pessoas egressas de longas internações psiquiátricas e usuários em processo de reinserção social	Moradia assistida, inclusão social, fortalecimento da autonomia, reabilitação psicossocial e apoio à inserção no trabalho	Promover cidadania, autonomia e inclusão social, reduzindo a dependência da institucionalização.

FLUXO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

FLUXO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL



CONSIDERAÇÕES

Os níveis de complexidade em saúde mental funcionam de forma integrada, e não hierarquizada de maneira rígida. A Atenção Primária constitui a principal porta de entrada do SUS, sendo responsável pelo acolhimento inicial e pelo acompanhamento de grande parte das demandas em saúde mental. Quando há necessidade de cuidados especializados, o usuário é encaminhado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados serviços estratégicos da RAPS. Em situações de crise aguda, o atendimento ocorre nos serviços de urgência ou em leitos de saúde mental em hospitais gerais. Após a estabilização,

o usuário retorna ao acompanhamento comunitário, favorecendo a continuidade do cuidado, a reabilitação psicossocial e a inclusão social.

PARTE INFERIOR DO FORMULÁRIO

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *O que significa Matriciamento?*
2. *Qual a diferença entre Residência Terapêutica e Comunidade terapêutica?*
3. *Qual o papel do Técnico de Enfermagem nas diversas modalidades de serviços ao doente mental?*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde Mental, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Brasília, Agosto de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: Portal da RAPS. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: Portal dos CAPS. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: Instrutivo Técnico da RAPS. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

CAPÍTULO 5

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL

HOSPITAL DIA

Trata-se de uma assistência intermediária entre o hospital psiquiátrico e o tratamento ambulatorial. Torna-se uma opção quando a internação em hospital psiquiátrico não seja necessária, mas o tratamento ambulatorial também não supre as necessidades do usuário portador de doença mental.

Eles existem no Brasil desde a década de 1960, mas apenas em 1992 que passaram oficialmente a ser uma possibilidade para o tratamento de pessoas com transtornos mentais.

É um serviço de reabilitação e suporte psicoemocional para pessoas com limitações funcionais decorrentes dos transtornos mentais, bem como dificuldades de reinserção e readaptação ao ambiente sociofamiliar.

Os atendimentos são voltados às pessoas de qualquer faixa etária com transtorno mental, dependência química ou alcoólica, que possuem alguma limitação que os impeça de viver satisfatoriamente em sociedade desempenhando suas atividades rotineiras.

ESTRUTURA DO SERVIÇO

O tratamento no Hospital Dia é realizado por uma equipe multidisciplinar – psiquiatras, psicólogos e terapeutas, além de farmacêutica, nutricionista, fisioterapeuta e enfermeira – que trabalham diversos aspectos da saúde mental.

É realizado o acolhimento como primeiro contato entre o profissional de referência, o paciente e família; em seguida é elaborado o PTS (Projeto Terapêutico Singular) com base nas necessidades apresentadas pelo usuário promovendo a saúde física e mental através de oficinas terapêuticas de diversas modalidades (esporte, trabalhos manuais, expressão corporal, higiene e auto cuidado, buscando estimular as capacidades psicomotoras, além de estabelecer uma rotina saudável).

Os atendimentos são oferecidos de segunda à sexta feira, em horário comercial; são oferecidos também apoio às famílias através de reuniões com a equipe multidisciplinar cujo objetivo é responder às dúvidas sobre a doença, tratamento e possibilidades do retorno ao convívio social.

O cuidado produzido pela relação entre equipe e usuário não se restringe à administração de psicofármacos nem à realização de psicoterapias; vai além, e constrói

novas possibilidades de vida para aqueles que estão excluídos pelas limitações causadas pelo adoecimento ao longo da vida.

CAPS E SUAS DIVERSAS MODALIDADES

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.

Foram instituídos pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

CARACTERÍSTICAS

Sua característica principal é buscar integrar as pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Os CAPS fazem parte da RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, integrados à RAPS estão projetos e estratégias desenvolvidas para acolher, tratar e reabilitar o doente mental juntamente com sua família, no contexto social no qual estão inseridos.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

Muitos CAPS foram surgindo em várias cidades diminuindo as internações em hospitais psiquiátricos, pois acolhem e tratam indivíduos com patologias mentais graves ou persistentes.

OBJETIVOS DOS CAPS

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

Os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, ESF (Estratégia de Saúde da Família),
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

ESTRUTURA FÍSICA E DE ATENDIMENTO

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente estruturado.

Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

Para ser atendido no CAPS a pessoa passa por um “acolhimento” onde o profissional que atende realiza escuta ativa do sofrimento relatado. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, apresentar encaminhamento de qualquer setor ou por livre demanda.

A partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário (PTS – Projeto Terapêutico Singular). É, um conjunto de atendimentos que respeite as particularidades de cada um, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. O tratamento pode ser Intensivo, Semi intensivo e Não intensivo, dependendo das condições psíquicas apresentadas:

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas.

Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento,

Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínua da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.

Os atendimentos podem ser:

- Individual (Enfermagem/T.O./Psicologia/Consulta Médica/Serviço Social)
- Em Grupos: grupos terapêuticos, oficinas
- Atendimento Familiar: no próprio CAPS ou através de visitas domiciliares.
- Atividades Comunitárias: atividades de cultura, lazer, esporte...
- Assembleias e reuniões de equipe
- Orientações quanto ao tratamento
- Administração de medicamentos

Os diferentes tipos de Caps

CAPS I – Para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira São CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS II – Para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS III – Para municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana Atendendo Adultos
CAPSi – Para municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; são direcionados para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais
CAPSad – Para municípios com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

As equipes que trabalham nos Caps

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas
CAPS I 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPS II 1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPS III 2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro com formação em saúde mental 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPSi 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPSad 1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas

4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CONSIDERAÇÕES

Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *Para que servem os CAPS?*
2. *Como os indivíduos adultos são tratados nos CAPS?*
3. *Quais profissionais integram as equipes dos CAPS ?*
4. *Como o Hospital Dia pode ajudar no tratamento e recuperação do doente mental?*
5. *O que significa PTS?*
6. *Como um Técnico de Enfermagem pode atuar em um Hospital Dia?*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BENEVIDES, D.S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital - dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. Rev. Interface. Botucatu, 14 (32), Mar 2010. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>. Acesso em 03/06/2021.

REVISTA INTERFACE. Botucatu: Comunicação, Saúde, Educação, vol.14 no.32 Jan./Mar. 2010

CAPÍTULO 6

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE EM SAÚDE MENTAL

A equipe multidisciplinar na saúde mental é formada por um grupo de profissionais que trabalham em conjunto a fim de chegar a um objetivo comum.

A equipe deve ser formada por múltiplos profissionais que tem uma proposta interdisciplinar de cuidado ao doente mental, assistindo também seus familiares.

Quando a equipe é bem estruturada o atendimento às necessidades dos usuários dos serviços se torna efetivo e seguro, promovendo bons resultados e atingindo os objetivos propostos.

A quantidade e o tipo de profissional a compor a equipe vão depender do tipo de serviço oferecido e da quantidade de usuários que frequentam a unidade de tratamento. Cada profissional deve fazer o que estiver dentro de sua área de formação sempre pensando no bem comum.

Os componentes da equipe podem ser:

A equipe de saúde mental é composta por profissionais de diferentes áreas que atuam de forma interdisciplinar na **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. O trabalho em equipe possibilita o atendimento integral do usuário, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes são organizadas de acordo com o porte do serviço (CAPS I, II, III, CAPSi e CAPS AD), podendo incluir diferentes categorias profissionais, conforme as necessidades do território.

Quadro – Equipe multiprofissional de Saúde Mental e suas funções

Profissional	Principais funções
Médico Psiquiatra	Realiza avaliação clínica e psiquiátrica, estabelece diagnóstico, prescreve e acompanha o tratamento medicamentoso, avalia necessidade de internação, participa da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e atua no manejo de crises.
Enfermeiro	Realiza acolhimento, consulta de enfermagem, administração e monitoramento de medicamentos, educação em saúde, supervisão da equipe de enfermagem, acompanhamento clínico e apoio aos familiares.
Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	Executa cuidados diretos aos usuários, administra medicamentos prescritos, monitora sinais clínicos, auxilia nas atividades terapêuticas e presta apoio nas ações de cuidado diário.
Psicólogo	Realiza avaliação psicológica, psicoterapia individual e em grupo, intervenções familiares, acolhimento, manejo de crises e desenvolvimento de estratégias para fortalecimento da autonomia e da saúde mental.
Assistente Social	Avalia as condições socioeconômicas do usuário, orienta sobre direitos sociais, benefícios assistenciais e previdenciários, articula a rede intersetorial e promove a reinserção social e familiar.
Terapeuta	Desenvolve atividades terapêuticas voltadas à autonomia, reabilitação psicossocial,

Ocupacional	habilidades para a vida diária, inclusão social, trabalho e geração de renda.
Farmacêutico	Orienta sobre o uso racional dos psicofármacos, acompanha a farmacoterapia, promove ações de farmacovigilância e educação em saúde relacionadas aos medicamentos.
Fonoaudiólogo	Atua na avaliação e reabilitação da comunicação, linguagem, voz, audição e deglutição quando comprometidas por transtornos mentais ou neurológicos associados.
Fisioterapeuta	Desenvolve ações para melhorar a funcionalidade física, postura, mobilidade e qualidade de vida, especialmente em usuários com limitações decorrentes do tratamento ou de comorbidades.
Educador Físico	Planeja atividades físicas e corporais, promovendo saúde, integração social, autoestima, prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida.
Nutricionista	Avalia o estado nutricional, orienta hábitos alimentares saudáveis, acompanha alterações metabólicas relacionadas ao uso de psicofármacos e promove educação alimentar.
Profissional Administrativo	Organiza prontuários, agenda consultas, apoia o funcionamento do serviço, acolhe usuários e auxilia na gestão administrativa da unidade.

PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe multiprofissional atua de forma integrada, desenvolvendo ações como:

- acolhimento e escuta qualificada;
- elaboração do **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**;
- atendimento individual e em grupo;
- visitas domiciliares;
- atendimento e orientação às famílias;
- manejo das crises em saúde mental;
- reabilitação psicossocial;
- promoção da autonomia e reinserção social;
- articulação com outros serviços da RAPS e da rede intersetorial (educação, assistência social, justiça e trabalho).

Competências gerais da equipe de Saúde Mental

Competência	Finalidade
Acolhimento	Garantir acesso humanizado ao usuário e à família.
Avaliação multiprofissional	Identificar necessidades biopsicossociais e elaborar plano terapêutico.
Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Planejar intervenções individualizadas conforme as necessidades do usuário.
Atendimento interdisciplinar	Integrar diferentes saberes profissionais para um cuidado integral.
Reabilitação psicossocial	Favorecer autonomia, cidadania e inclusão social.
Trabalho em rede	Articular ações com Atenção Primária, hospitais, assistência social, educação e justiça.
Educação em saúde	Desenvolver ações preventivas e de promoção da saúde mental.

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL

Sabe-se que dentro do conceito de equipe, estão os profissionais da enfermagem tanto no nível de graduação quanto de nível técnico que atuam no processo do cuidar em saúde mental.

Para que o cuidar seja realizado de forma integral a enfermagem necessita do conhecimento científico e de habilidades próprias que possibilitem implementar as ações de cuidado de maneira segura e em todos os níveis de complexidade.

Na psiquiatria, o papel da enfermagem vai muito mais além do cuidado físico, atuam como agentes facilitadores no processo da comunicação e no desenvolvimento de vínculos entre os usuários, equipe técnica e familiares.

A enfermagem tem que trabalhar em conjunto com os demais profissionais que compõem a equipe nas unidades de atendimento psiquiátrico; tanto enfermeiros quanto técnicos de enfermagem necessitam de capacitações para manterem-se atualizados oferecendo um atendimento de excelência visando melhoria na qualidade de vida dos indivíduos que possuem patologias mentais.

Dentro a assistência na saúde mental, a enfermagem possui um diferencial na forma de trabalhar, a enfermagem reinventa seu papel e sua atuação na saúde mental ajudando o indivíduo a (re) construir sua vida social, auxiliando, não só nos cuidados gerais de manutenção da vida, mas também na divisão da assistência com outros profissionais (trabalho interdisciplinar), proporcionando “a escuta, o acolhimento, entrar em sintonia, estimular para a vida, para a autonomia, para a cidadania, inclusive na comunidade (Rocha, 2019, p. 43).

Além disso, o trabalho no campo da Saúde Mental se dá além das diversas formas já institucionalizadas: com reuniões de equipe, com os usuários, com os familiares destes e/ou com sua rede social comunitária, bem como por meio de oficinas, grupos e rodas de conversa, onde o foco principal é o indivíduo e a necessidade de amenizar seu sofrimento psíquico, além de manter seu protagonismo.

A Enfermagem desempenha papel essencial na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental, atuando de forma integrada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O enfermeiro é responsável pelo acolhimento, pela sistematização da assistência de enfermagem (SAE), pela educação em saúde, pelo gerenciamento do cuidado e pela coordenação de ações interdisciplinares, contribuindo para a recuperação e reinserção

social das pessoas com transtornos mentais. As competências da equipe de Enfermagem em Saúde Mental estão regulamentadas pela Resolução COFEN nº 678/2021.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL

Quadro – Importância do Enfermeiro na Saúde Mental

Área de atuação	Importância da Enfermagem	Contribuições para o usuário
Acolhimento	Realiza escuta qualificada, estabelece vínculo terapêutico e identifica as necessidades do usuário desde o primeiro atendimento.	Favorece o acesso ao serviço, fortalece a confiança e humaniza o cuidado.
Promoção da saúde mental	Desenvolve ações educativas, prevenção do sofrimento psíquico e incentivo ao autocuidado.	Reduz fatores de risco e fortalece fatores de proteção para a saúde mental.
Consulta de Enfermagem	Realiza avaliação física, mental e psicossocial, identifica diagnósticos de enfermagem e planeja intervenções individualizadas.	Proporciona cuidado integral e acompanhamento contínuo do usuário.
Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	Organiza o Processo de Enfermagem por meio da coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados.	Garante assistência segura, organizada, individualizada e baseada em evidências científicas.
Administração de medicamentos	Administra psicofármacos, monitora efeitos terapêuticos e reações adversas, orienta sobre adesão ao tratamento.	Aumenta a segurança do tratamento medicamentoso e reduz complicações.
Manejo da crise psiquiátrica	Atua na prevenção e contenção de crises utilizando técnicas de comunicação terapêutica e intervenções humanizadas.	Promove segurança ao usuário, familiares e equipe, reduzindo intervenções coercitivas.
Educação em saúde	Orienta usuários e familiares sobre transtornos mentais, tratamento, uso correto de medicamentos e prevenção de recaídas.	Favorece autonomia, adesão ao tratamento e qualidade de vida.
Trabalho com a família	Desenvolve orientações, grupos educativos e apoio emocional aos familiares e cuidadores.	Fortalece a rede de apoio e melhora o processo de reabilitação psicossocial.
Reabilitação psicossocial	Participa de oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e projetos de reinserção social.	Estimula autonomia, inclusão social e exercício da cidadania.
Trabalho interdisciplinar	Atua em conjunto com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais da RAPS.	Garante cuidado integral e continuidade da assistência.
Gestão do cuidado	Coordena a equipe de enfermagem, organiza protocolos assistenciais, supervisiona procedimentos e avalia indicadores de qualidade.	Melhora a organização do serviço e a segurança do paciente.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL

Competência	Finalidade
Acolher o usuário e sua família	Estabelecer vínculo terapêutico e identificar necessidades de saúde.
Realizar consulta de enfermagem	Planejar cuidados individualizados por meio do Processo de Enfermagem.
Elaborar e executar a SAE	Garantir assistência sistematizada, contínua e segura.
Desenvolver comunicação terapêutica	Favorecer confiança, escuta ativa e adesão ao tratamento.
Administrar e monitorar psicofármacos	Assegurar uso seguro dos medicamentos e identificar efeitos adversos.
Promover educação em saúde	Estimular autocuidado, prevenção de recaídas e participação familiar.

Competência	Finalidade
Atuar na prevenção e manejo de crises	Minimizar riscos e promover atendimento humanizado.
Trabalhar em equipe multiprofissional	Integrar ações para assistência integral e centrada no usuário.
Promover reabilitação psicossocial	Favorecer autonomia, inclusão social e melhoria da qualidade de vida.

ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

O Técnico de Enfermagem é um profissional essencial na assistência em saúde mental, pois permanece em contato direto e contínuo com o usuário, participando do cuidado integral, da observação clínica, da administração de medicamentos, da promoção do ambiente terapêutico e da reabilitação psicossocial. Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), suas atividades são desenvolvidas sob supervisão do enfermeiro, conforme estabelece a Lei nº 7.498/1986 e a Resolução COFEN nº 678/2021, que regulamenta a atuação da equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Sua proximidade com o usuário permite identificar precocemente mudanças de comportamento, alterações do humor, efeitos adversos de medicamentos e sinais de agravamento do quadro clínico. Além disso, sua atuação fortalece o vínculo terapêutico, promove um ambiente acolhedor e contribui para a prevenção de crises e para a reabilitação psicossocial. O cuidado prestado por esse profissional deve ser pautado na ética, no respeito à dignidade humana, na escuta qualificada e na valorização da autonomia do usuário, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial

Quadro – Importância do Técnico de Enfermagem na Saúde Mental		
Área de atuação	Importância do Técnico de Enfermagem	Contribuições para o usuário
Acolhimento e recepção	Recebe o usuário de forma humanizada, estabelece vínculo inicial e observa sinais de sofrimento psíquico.	Favorece a confiança, reduz a ansiedade e facilita a adesão ao tratamento.
Observação contínua	Permanece em contato direto com o usuário durante todo o período de atendimento, identificando alterações comportamentais, emocionais e físicas.	Permite a identificação precoce de crises e complicações clínicas.
Cuidados gerais de enfermagem	Executa os cuidados prescritos pelo enfermeiro, respeitando as necessidades individuais do usuário.	Promove conforto, segurança e bem-estar durante o tratamento.
Administração de medicamentos	Administra medicamentos prescritos e observa possíveis efeitos terapêuticos e reações adversas, comunicando intercorrências ao enfermeiro.	Favorece a adesão ao tratamento medicamentoso e aumenta a segurança do paciente.
Participação nas atividades terapêuticas	Auxilia em oficinas, grupos terapêuticos, atividades recreativas, educativas e de socialização.	Estimula autonomia, autoestima e interação social.
Apoio ao relacionamento terapêutico	Mantém comunicação acolhedora, respeitosa e empática durante a assistência.	Contribui para a criação de vínculo e para a humanização do cuidado.
Registro das informações	Registra de forma clara e objetiva os cuidados prestados, observações e intercorrências no prontuário.	Garante continuidade, segurança e qualidade da assistência.

Área de atuação	Importância do Técnico de Enfermagem	Contribuições para o usuário
Prevenção de crises	Observa alterações de comportamento, risco de agressividade, autoagressão ou tentativa de suicídio e comunica imediatamente ao enfermeiro.	Possibilita intervenção precoce e prevenção de agravos.
Trabalho em equipe multiprofissional	Participa das reuniões, das discussões de casos e da execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS).	Favorece assistência integrada e individualizada.
Orientação ao usuário e à família	Reforça orientações fornecidas pela equipe sobre tratamento, medicamentos, hábitos saudáveis e continuidade do cuidado.	Estimula o autocuidado, a adesão terapêutica e a participação familiar.
Reabilitação psicossocial	Incentiva a participação do usuário nas atividades de vida diária, lazer, convivência e inclusão social.	Favorece autonomia, cidadania e reinserção social.

COMPETÊNCIAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

De acordo com a Resolução COFEN nº 678/2021, o Técnico de Enfermagem possui as seguintes competências:

Competência	Finalidade
Executar cuidados gerais prescritos pelo enfermeiro	Garantir assistência segura e individualizada.
Comunicar intercorrências ao enfermeiro	Favorecer decisões rápidas diante de alterações clínicas ou comportamentais.
Participar das atividades terapêuticas	Contribuir para a reabilitação psicossocial e a integração do usuário.
Registrar os cuidados realizados	Assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.
Participar de programas de educação permanente	Atualizar conhecimentos e aperfeiçoar as práticas assistenciais.

CONSIDERAÇÕES

Após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o papel da Enfermagem passou por profundas transformações. O modelo centrado na vigilância e na institucionalização foi substituído por uma prática baseada no cuidado em liberdade, na escuta terapêutica, na construção do vínculo e na promoção da autonomia do usuário. Atualmente, o enfermeiro é um dos principais articuladores da assistência em saúde mental, desenvolvendo ações clínicas, educativas, gerenciais e comunitárias, sempre fundamentadas nos princípios da integralidade, humanização e respeito aos direitos humanos. A Resolução COFEN nº 678/2021 estabelece as competências da equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, reforçando a importância da qualificação profissional e da assistência baseada em evidências.

Cuidar significa se colocar no lugar do outro, ajudando as pessoas a buscar um significado para sua existência, compreendendo a doença e a dor, auxilia a desenvolver o autocuidado. A enfermagem em sua essência exige esta capacidade de quem se

compromete com a profissão; atuar na equipe de enfermagem significa respeitar, compartilhar, promover e restaurar o bem estar físico psíquico e social de indivíduos fragilizados pela doença mental.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

- 1. Como é composta a equipe que trabalha na saúde mental?*
- 2. A equipe de enfermagem trabalha de que maneira em saúde mental?*
- 3. Como acontece o trabalho do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem nas unidades de tratamento em saúde mental?*

REFERÊNCIAS

ROCHA, RM. Enfermagem em Saúde Mental. 2ª ed. São Paulo: Editora SENAC, 2019.

SOUZA, ML et al. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. Rev. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):266-70.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 678/2021. Aprova a atuação da equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Cofen atualiza normativa sobre atuação em saúde mental e psiquiátrica. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Diretrizes Nacionais de Enfermagem em Saúde Mental. 2022.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: da década de 1980 aos dias atuais. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: Portal da RAPS. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: Portal dos CAPS. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: Página oficial das Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: Instrutivo Técnico da RAPS. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

CAPÍTULO 7

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS E DEPENDENTES QUÍMICOS

HISTÓRICO DA CID

A primeira Classificação Internacional de Doenças (CID) foi aprovada em 1893 e, desde então, vem sendo periodicamente revisada. A última, a décima revisão (CID-10), foi aprovada em 1989; a partir de 1989, foram estabelecidos mecanismos para atualizar a CID-10, o que não ocorria antes. Segundo numerosos estudiosos do assunto, há unanimidade quanto a atribuir ao inglês John Graunt o primeiro estudo estatístico de doenças, no caso análise da mortalidade por causa, no ano de 1662 o qual registrava as causas de mortalidade em Londres através dos registros ocorridos nas Paróquias; a lista de causas de morte elaborada por Graunt é considerada, historicamente, como a primeira classificação de doenças.

A Classificação (Lista Internacional de Causas de Morte) aprovada em 1893 e que se tornou de uso internacional teve uma primeira revisão em 1900, e uma segunda em 1909, de acordo com que havia sido aprovado em 1893, isto é, que deveria haver revisões, na medida do possível a cada dez anos; Até a 9ª Revisão (CID-9), as revisões da CID eram decenais. No entanto, a CID-10 foi aprovada após 15 anos, em 1989 e em 1992 ela é publicada.

Em 1891 em Viena, comissão estava sob a direção de Jacques Bertillon (1852–1922), de Paris, e preparou uma classificação de causas de morte que ficou conhecida como “Classificação das Causas de Morte de Bertillon”. A Classificação de Bertillon foi adotada em 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística e recomendado o seu uso internacionalmente, o que foi adotado por vários países. É considerada a primeira classificação internacional de causas de morte.

No Brasil, o uso da CID é compulsório para compor a base de códigos de todas as informações em Mortalidade (Portaria **GM/MS nº 1832/94**, publicada no **DOU nº 218**, de 03 de novembro de 1994) e em Morbidade (Portaria **1311/GM** de 12 de setembro de 1997).

Os códigos da CID são utilizados no **SIM** (Sistema de Informação em Mortalidade), no **SIH** (Sistema de Informação de Internações Hospitalares) e no **SINAN** (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), ou mesmo no campo destinado ao diagnóstico de malformações congênitas na Declaração de Nascidos-Vivos que está incluído no **SINASC** (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos).

Atualmente, estão em andamento os preparativos para a décima primeira revisão da CID, a CID- 11, a ser apresentada à Assembleia Mundial da Saúde em 2015. Entretanto, não se espera que sua utilização ocorra antes de 2020. CID-11, está agora disponível na Internet para visualização e consulta (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>); A novidade é que ela vem em versão eletrônica com entradas que podem ser facilmente usadas diretamente no computador e smartphone. a CID-11 entrará em vigor somente em 2022.

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS E DEPENDENTES QUÍMICOS DE ACORDO COM A CID 10

Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo Ministério da Saúde, organiza os transtornos mentais e comportamentais no **Capítulo V (F00–F99)**. Nesse capítulo estão incluídas as doenças mentais e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (dependência química).

Quadro – Classificação das Doenças Mentais e dos Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias (CID-10)

<i>Grupo CID-10</i>	<i>Classificação</i>	<i>Principais exemplos</i>
<i>F00 – F09</i>	<i>Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos</i>	<i>Demências (Alzheimer e vascular), delirium, transtornos mentais decorrentes de doenças neurológicas e lesões cerebrais.</i>
<i>F10 – F19</i>	<i>Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas</i>	<i>Dependência química, intoxicação, abstinência, uso nocivo e transtornos psicóticos relacionados ao uso de álcool, drogas ilícitas e medicamentos.</i>
<i>F20 – F29</i>	<i>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes</i>	<i>Esquizofrenia, transtorno delirante persistente, transtorno esquizoafetivo.</i>
<i>F30 – F39</i>	<i>Transtornos do humor (afetivos)</i>	<i>Episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente, transtorno bipolar, mania.</i>
<i>F40 – F48</i>	<i>Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes</i>	<i>Transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).</i>
<i>F50 – F59</i>	<i>Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas</i>	<i>Anorexia nervosa, bulimia nervosa, distúrbios do sono, disfunções alimentares.</i>
<i>F60 – F69</i>	<i>Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto</i>	<i>Transtorno de personalidade borderline, antissocial, paranoide, narcisista e outros.</i>
<i>F70 – F79</i>	<i>Deficiência intelectual (CID-10 utiliza o termo "retardo mental")</i>	<i>Deficiência intelectual leve, moderada, grave e profunda.</i>
<i>F80 – F89</i>	<i>Transtornos do desenvolvimento psicológico</i>	<i>Transtornos específicos da linguagem, aprendizagem e transtornos globais do desenvolvimento (incluindo autismo na CID-10).</i>
<i>F90 – F98</i>	<i>Transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência</i>	<i>TDAH, transtorno de conduta, transtornos emocionais da infância, enurese, encoprese.</i>
<i>F99</i>	<i>Transtorno mental não especificado</i>	<i>Utilizado quando não há definição diagnóstica</i>

Quadro – Classificação da Dependência Química segundo a CID-10 (F10–F19)

Código CID-10	Substância psicoativa	Exemplos
F10	Álcool	Alcoolismo, intoxicação alcoólica, síndrome de abstinência, dependência do álcool.
F11	Opiáceos	Morfina, heroína, codeína e outros opioides.
F12	Canabinoides	Maconha, haxixe e derivados da cannabis.
F13	Sedativos e hipnóticos	Benzodiazepínicos, barbitúricos e medicamentos sedativos.
F14	Cocaína	Cocaína em pó, crack e derivados.
F15	Outros estimulantes	Anfetaminas, metanfetaminas, ecstasy e cafeína em uso patológico.
F16	Alucinógenos	LSD, mescalina e psilocibina.
F17	Tabaco	Dependência da nicotina e transtornos relacionados ao tabagismo.
F18	Solventes voláteis	Cola, thinner, gasolina e inalantes.
F19	Múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas	Dependência de mais de uma substância ou quando não é possível identificar a principal droga.

Quadro – Estados clínicos da dependência química (CID-10)

A CID-10 utiliza um quarto caractere para especificar o estado clínico decorrente do uso da substância.

Código	Estado clínico	Descrição
.0	Intoxicação aguda	Alterações físicas e psíquicas decorrentes do consumo recente da substância.
.1	Uso nocivo	Consumo que provoca danos físicos ou psicológicos, sem necessariamente haver dependência.
.2	Síndrome de dependência	Uso compulsivo, dificuldade de controlar o consumo, tolerância e abstinência.
.3	Estado de abstinência	Conjunto de sinais e sintomas após interrupção ou redução do uso da substância.
.4	Abstinência com delirium	Abstinência grave acompanhada de delirium (ex.: delirium tremens).
.5	Transtorno psicótico	Delírios, alucinações ou outras alterações psicóticas induzidas pela substância.
.6	Síndrome amnésica	Comprometimento importante da memória relacionado ao uso da substância.
.7	Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia	Persistência de alterações mentais após interrupção do consumo.
.8	Outros transtornos mentais e comportamentais	Outras manifestações relacionadas ao uso da substância.
.9	Transtorno não especificado	Utilizado quando não há informações suficientes para classificação mais específica.

CONSIDERAÇÕES

A CID-10 organiza os transtornos mentais e comportamentais no Capítulo V (F00–F99), permitindo a padronização dos diagnósticos em todo o mundo. Os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (F10–F19) abrangem desde a intoxicação

aguda até a síndrome de dependência e suas complicações, sendo fundamentais para o planejamento terapêutico, a assistência multiprofissional e a organização dos serviços de saúde mental. No Brasil, essa classificação ainda é amplamente utilizada nos serviços de saúde, embora a CID-11 esteja em processo de adoção gradual.

A CID 10 é uma das principais ferramentas de pesquisa e orientação estatística epidemiológica tanto para a categoria médica quanto para a enfermagem; não visa diagnosticar doenças, o uso de tal categorização não se encontra vinculada a profissional específico portanto o acesso a tal codificação de sinais e sintomas agrupados em classes de doenças ou agravos à saúde é livre para qualquer usuário interessado.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *O que é CID?*
2. *Como e onde estão classificadas as doenças mentais na CID?*
3. *Qual sua importância para a enfermagem ?*

REFERÊNCIAS

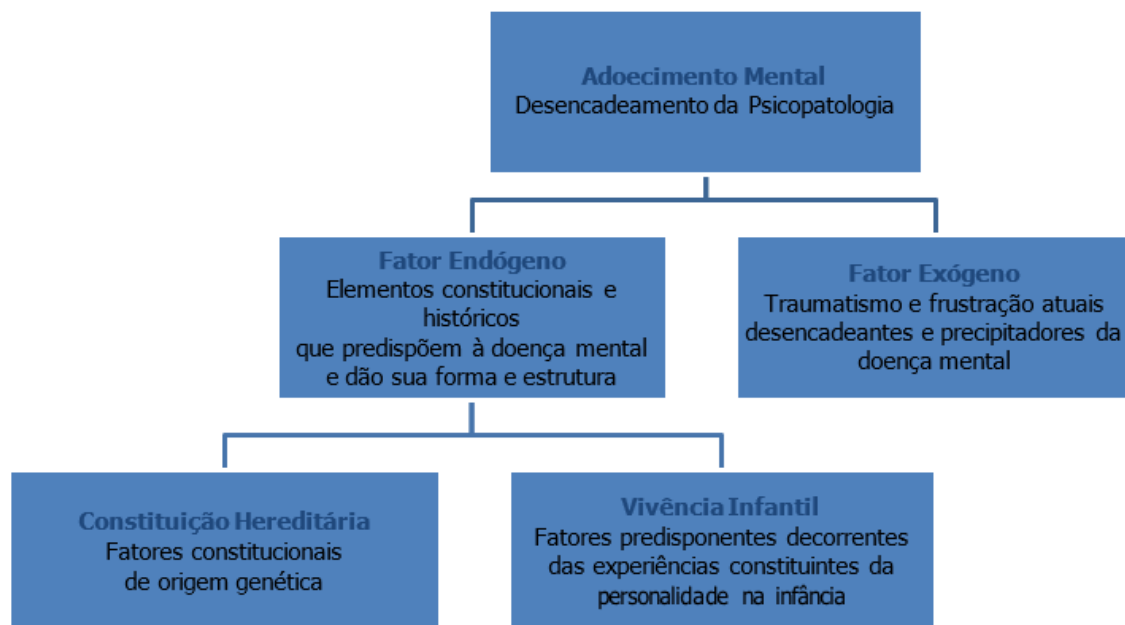
- LAURENT, I. R. Novos aspectos da saúde pública. *Rev. Saúde Públ* 1991;25:407-417.
- MANUAL de Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos: 9a revisão (1975). Genebra, Organização Mundial de Saúde, 1978.
- OMS. Boletim para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) ISSN 0110-5877 2008;27:3-6.
- OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Vol 2, 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996
- OMS. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad. de Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais (F00–F99). Disponível em: https://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f00_f99.htm. Acesso em: 24 jun. 2026.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

CAPÍTULO 8

PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS



Segundo Freud as causas das doenças mentais são multifatoriais, como segue esquema abaixo:



A evolução das doenças pode ser Aguda ou Crônica

Aguda: aparecem as Crises, Fases e Surto

- Crises: caracteriza-se pelo surgimento e término abruptos, durando de alguns minutos até poucas horas
- Fases: refere-se particularmente aos períodos de oscilação entre depressão e mania do transtornos afetivos
- Surto: é uma ocorrência aguda, que se instala de forma repentina fazendo eclodir uma doença de base endógena, não compreensível psicologicamente e que, necessariamente, produz seqüelas irreversíveis à personalidade ou inteligência do indivíduo.

Crônica: processo longo e progressivo. A **evolução da doença mental crônica** é caracterizada por um curso prolongado, geralmente marcado por períodos de estabilidade, recaídas e remissões, variando conforme o diagnóstico, a gravidade do quadro, a adesão ao tratamento e os fatores psicossociais envolvidos. Diferentemente das condições agudas, os transtornos mentais crônicos tendem a persistir por meses ou anos, exigindo acompanhamento contínuo e uma abordagem multidisciplinar.

De modo geral, essa evolução pode ser descrita em quatro fases:

1. **Fase inicial (ou pródromos):** surgem os primeiros sinais e sintomas, muitas vezes inespecíficos, como alterações do humor, isolamento social, dificuldades de concentração, ansiedade ou mudanças no comportamento.
2. **Fase de manifestação clínica:** os sintomas tornam-se mais evidentes, podendo incluir delírios, alucinações, episódios depressivos, oscilações de humor, compulsões ou prejuízo importante no funcionamento social, familiar e ocupacional, dependendo do transtorno.
3. **Fase de estabilização:** com o tratamento adequado, que pode envolver medicamentos, psicoterapia, reabilitação psicossocial e apoio familiar, ocorre redução dos sintomas e melhora da funcionalidade. Muitos pacientes conseguem retomar atividades cotidianas, embora alguns sintomas residuais possam permanecer.
4. **Fase de manutenção:** o objetivo é prevenir recaídas, promover autonomia e melhorar a qualidade de vida. Nessa etapa, o acompanhamento contínuo é fundamental, uma vez que fatores como interrupção do tratamento, estresse intenso ou uso de álcool e outras drogas podem favorecer a recorrência dos sintomas.

É importante destacar que a evolução da doença mental crônica **não é igual para todas as pessoas**. Muitos indivíduos alcançam estabilidade clínica, desenvolvem estratégias de enfrentamento eficazes e mantêm boa qualidade de vida quando recebem tratamento precoce, contínuo e integral. Além disso, a participação da família, o suporte social, a adesão ao tratamento e o acesso aos serviços de saúde mental influenciam significativamente o prognóstico

TRANSTORNOS DE HUMOR DEPRESSÃO MAIOR



Definição: Conjunto de sinais e sintomas que persistem por semanas ou meses descrito como experiência subjetiva de grande sofrimento.

Sinais e Sintomas: Humor Aumentado (expansividade, fuga de ideias, redução do sono, ideias grandiosas, auto imagem exacerbada), Humor Diminuído (perda de energia, culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite, pensamento de morte ou suicídio), Melancolia, Perda ou ganho de peso/ < ou > apetite (+ 5% ao mês), Insônia ou Hipersonia (aumento do sono), Agitação ou retardo Psicomotor quase todos os dias, Sentimentos de Inutilidade/culpa, Capacidade de concentração diminuída, Pensamento de morte recorrente/ideação suicida, Agravamento de condições clínicas, Anormalidades na menstruação e redução da libido, 84% tem incapacidade de concentração e 67% dificuldade para pensar, Lentificação Psicomotora, Relatam dor emocional tipo agonia, Muitos são incapazes de chorar, Mau desempenho na escola e no trabalho.

Complicações: Quando há manifestações Psicóticas é sinal de agravamento da doença e tem mau prognóstico. Ocorre dissociação temporal, história de mau ajustamento

social pré mórbido, estes casos necessitam de antipsicóticos, antidepressivos ou até ECT (Eletroconvulsoterapia).

Tratamento: Hospitalização se risco de homicídio/suicídio ou capacidade reduzida para alimentar-se; Terapia Psicossocial e tratamento Farmacológico: Bupropiona, Venlafaxina, Nefazodona, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Mirtazapina.

Cuidados de Enfermagem: estabelecer um vínculo com o doente; supervisão constante principalmente quando há risco de suicídio, administração correta das medicações prescritas, observação das possíveis reações adversas dos medicamentos, estabelecer plano de atividades para cuidados como higiene, alimentação, atividade física, apoio psicológico.

É importante também dar assistência aos familiares para responder às dúvidas frequentes e superar os momentos difíceis durante a fase aguda da doença.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR



Definição: Transtorno afetivo bipolar é um transtorno do humor caracterizado por períodos alternados de ânimo muito elevado e muito deprimido. Estes são chamados episódios maníacos e episódios depressivos

Sinais e Sintomas: Estado de humor anormal por até 01 semana. Episódios maníacos: estado de humor elevado, expansivo ou irritável, a euforia pode até causar a negação da doença; mudança rápida de estado de euforia para irritabilidade, podem consumir álcool/ uso excessivo de telefone/ jogos patológicos (tendência de se despir em público) / uso de roupas extravagantes / muitos gastos financeiros.

Agem impulsivamente; se preocupam com questões religiosas, sexuais ou políticas, Aumento do risco de suicídio.

A fase depressiva segue os mesmos sintomas da Depressão Maior.

Complicações: Quando há manifestações Psicóticas é sinal de agravamento da doença e tem mau prognóstico. Ocorre dissociação temporal, história de mau ajustamento social pré mórbido, estes casos necessitam de antipsicóticos, antidepressivos ou até ECT (Eletroconvulsoterapia).

Tratamento: Hospitalização se risco de homicídio/suicídio; Terapia Psicossocial e tratamento Farmacológico: Bupropiona, Venlafaxina, Nefazodona, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Mirtazapina. Acrescenta-se Carbonato de Litio (1ª droga de escolha) + Depakote e Olanzapina para as fases maníacas. Pode-se acrescentar ainda: Carbamazepina, Topiramato, Rivotril, Haldol, Risperidona.

Cuidados de Enfermagem: estabelecer um vínculo com o doente; supervisão constante na fase depressiva, principalmente quando há risco de suicídio, administração correta das medicações prescritas, observação das possíveis reações adversas dos medicamentos, estabelecer plano de atividades para cuidados como higiene, alimentação, atividade física, apoio psicológico.

Na fase da Mania, procurar manter o paciente em local seguro, livre de possíveis riscos à integridade física, impor limites, tentar manter discurso coerente, usar tom de voz baixo, frases curtas e linguagem clara.

Dar apoio à família.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE



Ansiedade: Normal x Patológica

A **ANSIEDADE NORMAL** é adaptativa ou seja, permite o desenvolvimento pessoal e profissional e não atrapalha a vida em comunidade. A **ANSIEDADE PATOLÓGICA** apresenta-se não adaptativa, provoca prejuízo nas relações interpessoais, restrições nas rotinas problemas profissionais.

Definição: O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado pela ansiedade excessiva e preocupação exagerada com os eventos da vida cotidiana sem motivos óbvios.

Sinais e Sintomas

- Sintomas Físicos: taquicardia, sudorese, taquipnéia, vasoconstrição (extremidades frias, palidez), midríase, piloereção, aumento do peristaltismo, dores, contraturas, tremores, parestesias, calafrios, adormecimentos, sensação de sufocamento, falta de ar.
- Sintomas Psíquicos: Tensão, nervosismo, apreensão, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de estranheza ou despersonalização.

A ansiedade pode surgir subitamente, como se fosse uma crise de pânico, ou gradualmente no decurso de minutos, horas ou dias. A duração da ansiedade pode variar muito, de alguns segundos a vários anos. Pode haver variação de intensidade, desde uma angústia quase imperceptível até um ataque de pânico muito grave, durante o qual a pessoa pode sentir falta de ar, tontura, aumento da frequência cardíaca e agitações

(tremor). Os transtornos de ansiedade podem ser muito angustiantes e interferir na vida da pessoa a ponto de causar depressão. É possível que a pessoa venha a ter um transtorno por uso de substâncias. A pessoa com transtornos de ansiedade (exceto no caso de fobias muito específicas, como o medo de aranha) tem, no mínimo, duas vezes mais propensão a ter depressão que as pessoas que não têm transtornos de ansiedade. Algumas pessoas com depressão desenvolvem um transtorno de ansiedade.

Tratamento: Tratamento da causa, caso seja adequado. Psicoterapia, Farmacoterapia com antidepressivos e benzodiazepínicos além do tratamento de outros distúrbios ativos, sejam clínicos ou psiquiátricos. O estabelecimento de um diagnóstico preciso é importante, uma vez que os tratamentos diferem de acordo com o tipo de transtorno de ansiedade. Além disso, os transtornos de ansiedade devem ser diferenciados da ansiedade que ocorre em muitos outros transtornos de saúde mental, que envolvem diferentes abordagens de tratamento.

Se a causa for outro problema de saúde ou um medicamento ou droga, o médico tem por meta corrigir a causa em vez de tratar os sintomas de ansiedade. A ansiedade deve diminuir depois de a doença física ser tratada ou após o uso do medicamento ou droga ter sido interrompido por tempo suficiente para que todos os sintomas de abstinência tenham desaparecido. Se a ansiedade permanecer, podem ser utilizados medicamentos ansiolíticos ou psicoterapia (como terapia comportamental).

Cuidados de Enfermagem: orientações sobre os efeitos colaterais das medicações, abordagens tranquilizantes, atenção e escuta para promover o encorajamento do paciente, encorajar a participação da família durante todo o tratamento, ensinar técnicas de relaxamento e respiração, encorajar a prática de exercícios para alívio dos sintomas físicos, identificar mudança nos níveis de ansiedade e auxiliar o paciente a identificar situações que sejam gatilhos para ansiedade. Promover o acolhimento, a escuta ativa.

A assistência de enfermagem voltada à saúde mental visa a reintegração social do indivíduo por meio da convivência, aumento da autonomia e encorajando a comunicação com o outro, promovendo atividades integrativas coletivas junto à uma equipe multidisciplinar para uma melhor adesão ao tratamento

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO



Definição: O TOC é um transtorno mental caracterizado pela presença de obsessões, compulsões ou ambas. As **obsessões** são pensamentos, impulsos ou imagens indesejáveis e involuntários, que invadem a consciência causando acentuada ansiedade ou desconforto e obrigando o indivíduo a executar rituais ou **compulsões** que são atos físicos ou mentais realizados em resposta às obsessões, com a intenção de afastar ameaças (contaminação, a casa incendiar), prevenir possíveis falhas ou simplesmente aliviar um desconforto físico.

Aparecem as **evitações** onde os indivíduos procuram evitar o contato com determinados lugares (por exemplo, banheiros públicos, hospitais, cemitérios), objetos que outras pessoas tocam (dinheiro, telefone público, maçanetas) ou até mesmo pessoas (mendigos, pessoas com algum ferimento) como forma de obter alívio dos seus medos e preocupações.

Sinais e Sintomas: Medos exagerados de se contaminar, lavar as mãos a todo o momento, revisar diversas vezes a porta, o fogão ou o gás ao sair de casa, não usar roupas vermelhas ou pretas, não passar em certos lugares com receio de que algo ruim possa acontecer depois, ficar aflito por que as roupas não estão bem arrumadas no guarda-roupa, ou os objetos não estão exatamente no lugar em que deveriam estar. Preocupação exagerada com ordem/simetria ou exatidão, pensamentos de conteúdo inaceitável (violência, sexuais, ou blasfemos), compulsão por armazenar objetos sem utilidade e dificuldade em descartá-los - ou colecionismo.

O comportamento está associado a ansiedade, medo e culpa, tomam muito tempo da pessoa e interferem, nas rotinas pessoais, na vida social e da família

Características da doença: afetam predominantemente indivíduos jovens. Geralmente começam cedo, na adolescência, muitas vezes ainda na infância, menos frequentemente após os 18 ou 20 anos, e excepcionalmente após os 40 anos. O TOC que

começa na infância é mais comum em meninos e tende a ser mais grave e com mais frequência associado a tiques/Síndrome de Tourette ou TDAH. Em adultos acomete praticamente na mesma proporção homens e mulheres. Mais de 50% e, segundo alguns estudos, até 70% dos indivíduos com TOC apresentam comorbidades.

Causas: podem estar associados a fatores biológicos envolvendo questões genéticas e neuroquímicas do cérebro, fatores psicológicos como dificuldade em lidar com inseguranças e ansiedades.

Tratamento: Usam-se medicamentos, por exemplo, fluoxetina e sertralina, que são um tipo de antidepressivo, e a clomipramina, que é um tipo de antidepressivo tricíclico, costumam ser eficazes. Também trata-se com Psicoterapia e terapia comportamental cognitiva.

Cuidados de enfermagem: a assistência deve ser individualizada, estabelecer a comunicação terapêutica, dispor de tempo, evitar julgamentos, orientação aos familiares e apoio à família para auxiliar no processo de reintegração na comunidade.

TRANSTORNO PSICÓTICO ESQUIZOFRENIA



Definição: A Esquizofrenia é um transtorno mental que provoca sinais e sintomas psicóticos graves.

Psicoses são distúrbios psiquiátricos graves onde o paciente perde contato com a realidade, emite juízos falsos (delírios), podendo também apresentar alucinações (ter percepções irreais quanto a audição, visão, tato), distúrbios de conduta levando à impossibilidade de convívio social, além de outras formas bizarras de comportamento

A Psicose não é apenas uma doença de adultos, ela também pode ser diagnosticada em crianças; porém os sinais e sintomas são diferentes dos apresentados pelos adultos.

A psicose pode proceder de vários fatores como herança hereditária, por lesões cerebrais, tumores cerebrais, esquizofrenia, tóxicos, álcool, infecções, traumas emocionais etc...

As causas da Esquizofrenia são ainda desconhecidas. Geralmente a doença inicia-se na adolescência ou início da idade adulta.

Sinais e Sintomas: Dificuldade de raciocínio, Delírios, Alucinações, sensações de ouvir vozes, visões e impressões sem motivos aparentes além de sintomas persecutórios (sensação de estarem sendo perseguidos)

- **Alucinação** é a percepção real de um objeto inexistente, ou seja, são percepções sem um estímulo externo; podem manifestar-se também através de qualquer um dos cinco sentidos, sendo as mais frequentes as auditivas e visuais.
- **Delírio** é uma percepção patologicamente falsa da realidade. Aparece como uma crença inabalável, não tem conteúdo plausível.

O indivíduo esquizofrênico em estado agudo da doença e sem tratamento, é incapaz de discriminar os estímulos que percebe, o pensamento é desorganizado e incoerente o que se evidencia na fala do paciente, a memória é prejudicada no registro, retenção e recuperação das lembranças.

A orientação, especialmente quanto ao tempo, pode estar prejudicada; o comportamento psicomotor pode ser hipo ou hiperativo em relação aos movimentos e à fala, as emoções podem variar de apatia para depressão até medo e raiva. Ocorre ainda diminuição acentuada qualidade de vida / produtividade; necessidade de tratamento medicamentoso em longo prazo; 10% morrem por suicídio; torna-se sobrecarga para família e sociedade, pois há grandes custos humanos e financeiros; higiene prejudicada e isolamento social.

Sub tipos da esquizofrenia:

- F20.0 Esquizofrenia paranoide: tipo mais comum de esquizofrenia, possui o delírio perquiratório e de grandeza. Muito comum as alucinações auditivas, mas todas as outras estão presentes;

- F20.1 Esquizofrenia hebefrênica: manifestação mais abrupta, o comportamento é pueril e bizarro: paciente se agita corporalmente, movimento do corpo e fala. Perda da realidade e delírios não estruturados;
- F20.2 Esquizofrenia catatônica: tipo menos frequente de esquizofrenia, traz uma disfunção motora para a pessoa, dificultando-a de se movimentar e também gera diminuição da fala;
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada: quando há vários sinais ou sintomas relacionados ao transtorno esquizofrênico mas não se enquadra em um diagnóstico;
- F20.4 Depressão pós-esquizofrênica: comum a pessoa após a fase aguda e ou de crise passar por curto ou longo período de depressão o que caracteriza sua definição;
- F20.5 Esquizofrenia residual: é uma esquizofrenia crônica que persiste por anos. Apresenta comportamento excêntrico, pensamentos não lógicos e inapropriados, e acompanha muito tempo a pessoa;
- F20.6 Esquizofrenia simples: empobrecimento aparente do pensamento e dos afetos, isolamento social e familiar.

Tratamento: são utilizados antipsicóticos. As medicações ajudam a tranquilizar, controla a agitação psicomotora e agressividade, reduz alucinações e delírios bem como a confusão mental; previne recaídas.

Há necessidade de uma abordagem familiar para esclarecer dúvidas, dar apoio, apresentar as formas de tratamento, melhorar a comunicação com o doente.

Pode-se ainda buscar recursos na Psicoterapia que auxilia na resolução de problemas do dia a dia e na compreensão da doença e sua forma de controle, além de proporcionar a reabilitação profissional e social.

A hospitalização só será uma opção real quando todas as outras formas de abordagens não surtirem efeito terapêutico desejado.

Exames clínicos, encefalograma, tomografia entre outros, devem ser solicitados e avaliados para que psicoses de origem orgânicas não sejam confundidas com tais transtornos.

Cuidados de Enfermagem:

- Dar atenção ao discurso do usuário sem julgamento;
- Manter expressão corporal adequada diante das queixas e discurso da pessoa;

- Avaliar a necessidade de realizar falas de negação para a pessoa, verificando sempre a questão do vínculo e empatia relacionado;
- Caso haja necessidade de contenção física, espacial ou medicamentosa, explicar a pessoa a função terapêutica, nessa condição o usuário deve ser avaliado de 1 em 1 hora;
- Toda medicação administrada deve ser explícita e informada à pessoa com sofrimento psíquico;
- Avaliar as questões familiares da pessoa;
- Constituir projeto terapêutico singular ou imediato junto com a pessoa em sofrimento e se possível com a participação dos envolvidos;
- Avaliar a condição motora da pessoa, já que os antipsicóticos geram efeitos extrapiramidais, como: discinesia tardia, tremor, acatisia etc;
- Avaliar problemas relacionados à fala e a comunicação do usuário;
- Avaliar e intervir no processo de ressocialização do usuário;
- Estimular o usuário a fazer atividades terapêuticas;

TRANSTORNOS MENTAIS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS



Definição: Substâncias Psicoativas são as drogas prescritas ou não que provocam estimulação cerebral modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, na percepção, comportamento e estados da consciência; são substâncias químicas que agem no sistema nervoso central de quem as consome e causam alterações na função

cerebral, sua utilização pode trazer efeitos indesejados, como intoxicação e outros problemas de saúde.

Classificação das drogas de acordo com a lei:

Lícitas: Não há nenhuma proibição na legislação quanto à produção, uso e comercialização. São chamadas drogas legais e em geral têm seu uso aceito socialmente e às vezes até estimulado em determinadas culturas, como exemplo tem-se o álcool, tabaco e café.

Ilícitas: São as drogas proibidas por leis específicas e que têm a produção, a comercialização e o consumo considerados como crime.

Os Principais tipos são:

Alucinógenos - As drogas alucinógenas são aquelas que alteram a percepção do usuário, ou seja, afetam as partes sensoriais e nervosas do cérebro. Alguns exemplos são o LSD, o ecstasy. Logo após o consumo, essas substâncias causam euforia e confusão mental que, a princípio, trazem sensações positivas para quem as consome.

Antidepressivos - Os antidepressivos são drogas que agem no sistema nervoso com o objetivo de normalizar o fluxo de neurotransmissores. Muitas vezes, são receitados por médicos no tratamento contra a depressão, para que o paciente se sinta mais relaxado. Podem alterar o apetite e o sono.

Antipsicóticos - Os antipsicóticos são psicoativos que têm ação psicotrópica, ou seja, causam efeitos sedativos e psicomotores. Esses medicamentos são usados no tratamento contra esquizofrenia e outras psicoses, mas, assim como os antidepressivos, apesar de serem legais e receitados por médicos, também podem trazer consequências negativas para os usuários. **Depressores** - Os psicoativos depressores são aqueles que diminuem os níveis de atividade cerebral e deixam o organismo mais lento. Nessa categoria estão incluídas algumas das drogas muito utilizadas pela população, como o álcool, sedativos, anestésicos em geral, morfina e heroína. Essas substâncias diminuem a atenção, concentração e capacidade intelectual.

Estimulantes - O efeito das drogas estimulantes é o contrário das depressoras. Quando consumidas, elas aumentam a atividade cerebral. Elas são utilizadas por quem deseja alcançar um estado de euforia, ter diminuição do apetite ou se manter acordado por muito tempo,

O QUE É DEPENDÊNCIA?

É a presença de vários sintomas e formas de comportamentos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela; existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. A prioridade é dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações

O QUE É SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA?

É uma alteração física e mental que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e tecidos diminuem em um indivíduo que manteve o uso pesado e prolongado de uma substância. Após sua ocorrência, há tendência para o consumo da droga visando o alívio dos sintomas.

O QUE É INTOXICAÇÃO?

Síndrome causada pela ingestão recente de uma determinada droga. É caracterizada por alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e mal adaptativas, devido ao efeito da substância sobre o SNC e outros sistemas do organismo

O QUE É DELIRIUM TREMENS?

Síndrome de abstinência complicada pela ocorrência de delirium. É um estado de confusão mental, com alterações da consciência, da atenção, da sensopercepção, da orientação e da memória. Pode apresentar convulsões.

Sinais e Sintomas: Faltas frequentes no trabalho e na escola, História de trauma e acidente frequentes, Depressão, Ansiedade, Hipertensão arterial, Sintomas gastrointestinais, Disfunção sexual, Distúrbio do sono, Tremor leve, Odor de álcool, Aumento do fígado, Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína), Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha), Pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência de álcool), Taquicardia e/ou arritmia cardíaca, “Síndrome da higiene bucal” (mascarando o odor de álcool), Odor de maconha nas roupas.

Podem ocorrer complicações decorrentes do uso contínuo e excessivo destas substâncias como: Esteatose hepática Alcoólica, Cirrose hepática Alcoólica, úlceras gastrointestinais, Varizes no Esôfago, AVE, Traumas Cranianos (devido quedas) entre outras.

Tratamento: O acolhimento de dependentes químicos tanto pode ser uma tarefa fácil – quando o usuário é voluntário e está pedindo, conscientemente, ajuda – quanto pode ser complicado e trabalhoso. Há casos de usuários, muitas vezes trazidos por familiares, por assistentes sociais ou pelo Judiciário, não colaborativos para com os profissionais. Grande parte das pessoas que abusa de drogas usa mecanismos psíquicos de negação, distorcendo a descrição dos fatos, a fim de não deixar de consumir a substância química.

Cuidados de Enfermagem: a equipe de enfermagem passa a maior parte do tempo assistindo aos indivíduos em situação de dependência química ou alcoólica, tem condições de ajudar o paciente a refletir sobre sua condição; pode atuar significativamente no papel de motivador para reforçar a necessidade do tratamento e o enfrentamento da situação. Atua na administração de medicamentos, controle de sinais vitais e observação rigorosa de possíveis complicações, alimentação e higiene. Todos os procedimentos e intercorrências devem ser relatados e anotados no prontuário do paciente.

O atendimento à família tem grande importância dentro das ações da equipe de enfermagem oferecendo apoio dirimindo quaisquer dúvidas.

TRANSTORNOS ALIMENTARES



ANOREXIA



Definição: É um dos distúrbios alimentares mais discutidos em todo o mundo. Este, ao contrário da Vigorexia é um distúrbio resultado de uma preocupação exagerada com o peso corporal, que pode levar a problemas psiquiátricos graves. Ao olhar-se ao espelho, a pessoa vê-se de uma forma distorcida (vê gordura onde não existe).

Causas:

- Fatores Biológicos (pode ocorrer disfunção da Tireoide, Serotonina, Dopamina no núcleoHipotalâmico)
- Sociais (pressão da sociedade por um corpo esbelto e bem definido; desvio da atenção nas relações conjugais tensas...)
- Psicológicos (jovens incapazes de se separarem psicologicamente de suas mães)
- Irmãos de pacientes anoréxicos tem maior probabilidade de ter a doença
- Ponto de vista Neuroquímico: redução do metabolismo e da atividade da Norepinefrina.

Epidemiologia:

- Condições que se tornaram mais comuns desde 1970 e são agora encontradas frequentemente na prática clínica
- Casos que não respondem ao tratamento estão relacionados com uma alta taxa de mortalidade : 5-20%

- Formas crônicas se desenvolvem em 25% dos casos
- 90-95% são do sexo feminino ;
- Idade de início geralmente entre 12-20 anos (só 5% tem início aos 20 anos)
- prevalência : anorexia nervosa: 5% ; bulimia nervosa: 1,5%
- Idade mais comum: 14 aos 18 anos
- Co-morbidades : transtorno depressivo ; transtornos de ansiedade ; transtornos de personalidade ; abuso de substâncias: TOC; Fobia Social.

Sinais e Sintomas:

- Abstenção de alimentos, deliberada, auto-imposta, devida a uma implacável busca de emagrecimento e medo de engordar.
- O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado. Pacientes pré-púberes não alcançam o ganho de peso esperado durante o período de crescimento
- A perda de peso é induzida pela abstenção de alimentos gordurosos e doces mas também por vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida.
- Distorção da imagem corporal – convicção de estar acima do peso ; o pavor de engordar persiste como uma idéia sobrevalorada
- As pacientes se pesam várias vezes por dia e o peso alvo é constantemente abaixado
- Diminuição de contatos sociais (se recusam a comer com suas famílias ou em lugares públicos); restrição de atividades coletivas que exponham o corpo.

Características do comportamento:

- Pensam constantemente em alimento
- Paixão em coleccionar receitas e preparar refeições para os outros
- Às vezes comem compulsivamente em segredo e depois provocam o vômito
- Abusam de laxantes, diuréticos
- Praticam atividades físicas: andar bicicleta, cooper, corridas intensas
- Só comem produtos magros ou de baixo valor calórico
- Ritualização do ato de comer (mesmo horário, mesma quantidade ou tipo de alimento)
- Elaboração de listas de alimentos proibidos
- Extremo auto controle

- Pode haver um subtipo bulímico : geralmente foram obesos , são impulsivos , fazem uso de eméticos e laxativos ; mais frequentemente envolvidos com abuso de substâncias ; maior risco de auto-agressão e suicídio ; mais frequentemente com personalidade borderline, narcisista ou anti-social

Complicações:

Transtornos Endócrinos: amenorréia em mulheres; perda de interesse e potência sexuais em homens; níveis aumentados de hormônio do crescimento, de cortisol; anormalidades na secreção de insulina; alterações no metabolismo de hormônios tireoideanos.

Transtornos Cardiovasculares: Pressão baixa, Bradicardia, Insuficiência cardíaca, Hipotermia **Transtornos Osteomusculares:** Deterioração do tecido muscular, Perda de massa óssea, Desnutrição, desidratação, Fadiga, fraqueza, Tonturas.

Há necessidade de realizar diagnóstico diferencial com doenças orgânicas que causam emagrecimento; com depressão; com esquizofrenia, entre outras.

Prognóstico:

- ◆ 50% recuperam-se completamente; 25% tem remissão parcial e 25% não remite
- ◆ 30-50% tem sintomas de bulimia nervosa associados, aparecendo em até 18 meses depois do começo da doença.
- ◆ Co-morbidades: 50-68% depressão maior; 15-69% TOC ou personalidade anancástica(perfeccionista)

O indivíduo geralmente não procura um médico até serem levados por membros da família que se mostram preocupados. Anorexia significa “falta de apetite”, mas, na verdade, os indivíduos com anorexia nervosa têm apetite e preocupam-se com a alimentação.

Tratamento: Normalmente, a anorexia nervosa é diagnosticada baseando-se na perda de peso acentuada e nos sintomas psicológicos característicos. O anoréxico típico é uma adolescente que perdeu pelo menos 15% de seu peso corpóreo, teme a obesidade, parou de menstruar, nega estar doente e parece saudável.

Na primeira etapa do tratamento procura-se restabelecer o peso, comumente, o tratamento inicial é realizado em ambiente hospitalar. Depois de iniciar o suporte nutricional, inicia-se a psicoterapia individual, familiar ou em grupo, complementada com

medicação, principalmente quando há outras doenças mentais associadas (depressão/ansiedade/TOC...)

O tratamento visa estabelecer um ambiente tranquilo, estável e interessado no indivíduo, estimulando-o a consumir uma quantidade adequada de alimento. É recomendado o acompanhamento multidisciplinar, com psicólogo, psiquiatra, enfermeiro e nutricionista, para que o tratamento seja mais eficaz.

BULIMIA



Definição: A Bulimia é também um distúrbio alimentar muito grave, que normalmente aparece depois da anorexia, ou seja, a bulimia é resultante muitas vezes da anorexia. é um distúrbio caracterizado por episódios repetidos de comer compulsivo seguido pela purgação (vômito auto-induzido ou ingestão de laxantes e/ou diuréticos), dieta rigorosa ou prática excessiva de exercícios para contrabalançar os efeitos do comer compulsivo.

Consistem em comer, num curto período de tempo, uma quantidade anormalmente grande de comida, com a sensação de perda de controle. Nestes episódios as doentes ingerem habitualmente comida que consideram “proibida” (como doces e carboidratos) e que são fáceis de ingerir rapidamente.

Causas: Assim como na anorexia, a bulimia nervosa é uma síndrome multideterminada por uma mescla de fatores biológicos, psicológicos, familiares e culturais. A ênfase cultural na aparência física pode ter um papel importante; problemas familiares, baixa autoestima e conflitos de identidade também são fatores envolvidos no desencadeamento desses quadros.

Sinais e Sintomas:

- ingestão exagerada de alimentos em curtos períodos de tempo sem o aumento correspondente do peso corporal;
- vômitos auto-induzidos por inversão dos movimentos peristálticos ou colocando o dedo na garganta;
- uso de laxantes e diuréticos indiscriminadamente
- dietas severas intermediadas por repentinas perdas de controle que levam à ingestão compulsiva de alimentos;
- distúrbios depressivos, de ansiedade, comportamento obsessivo compulsivo, auto-mutilação.
- Apresentam desculpas para ir ao banheiro após as refeições
- Procuram mais facilmente atendimento

Características Comportamentais:

- Prevalência (*lifetime*): 1-3%
- Para cada 10 mulheres: 1 homem
- Co-morbidades: depressão maior (36-63%); transtorno de personalidade borderline; abuso de substâncias.

Complicações:

- Desequilíbrio de fluidos corporais
- Dentes apodrecidos (consequência da provocação de vômitos)
- Feridas na garganta e no estômago
- Dependência de laxantes
- Inchaço e infecção das glândulas salivares
- Os repetidos episódios de auto-indução do vômito geram problemas noutros sistemas do corpo.
- Ao se vomitar não se perde apenas o que se comeu, mas os sucos digestivos também. Isso pode acarretar desequilíbrio no balanço dos eletrólitos no sangue, afetando o coração, por exemplo, que precisa de um nível adequado dessas substâncias para ter seu sistema de condução elétrica funcionando.
- Menstruação Irregular

Anorexia X Bulimia

“Um anoréxico gira em torno dos cuidados corporais, a sua dieta é minuciosamente regulada eliminando-se totalmente as gorduras; aos bulímicos não interessa o que ingerem, pois vomitamem seguida de forma a não engordarem”

Tratamento: é composto por acompanhamento psicológico e alimentar através de uma nutricionista para que seja iniciada a reeducação alimentar e seja estimulada o desenvolvimento de uma relação mais saudável com a comida para evitar comportamentos compensatórios; também acrescenta-se o tratamento medicamentoso (antidepressivos e ansiolíticos). Em casos graves pode ser necessária a internação hospitalar ou em clínicas especializadas para transtornos psiquiátricos.

Cuidados de Enfermagem nos transtornos alimentares: a assistência da equipe de enfermagem abrange a administração de medicamentos, supervisão dos doentes após as refeições e ao realizarem atividade física, desenvolver relação interpessoal afetiva e de confiança, auxiliar no auto cuidado, cumprir as prescrições de enfermagem, estabelecer limites, atender às urgências, oferecer apoio às famílias.

IDEAÇÃO SUICIDA



Definição: “É o ato de matar a si mesmo” (Thomas Browne-1642)

- SUI : SI MESMO
- CAEDES : AÇÃO DE MATAR

Há uma variação entre pensar em suicídio e expressá-lo na ação, algumas pessoas tem ideias mas nunca vão levar adiante, outras planejam por meses ou mesmo anos antes de agir e outras agem por impulso, sem premeditação.

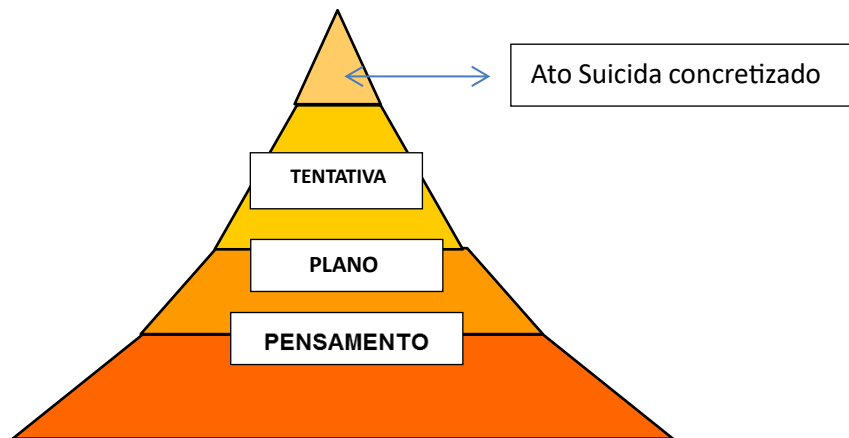
No momento em que tem ideias suicidas, a pessoa combina dois ou mais sentimentos ou ideias conflituosos. É um estado interior chamado de ambivalência. Ela busca atenção por se sentir esquecida ou ignorada e tem a sensação de estar só – uma solidão sentida como um isolamento insuportável. Quase sempre, sentem uma necessidade de alcançar paz, descanso ou um final imediato aos tormentos que não terminam.

Causas: são considerados vários fatores associados como Fatores psicológicos (desesperança, tristeza extrema, angustia, traumas, doenças mentais graves, padrões cognitivos, tais como pensamentos negativos constantes e baixa auto-estima), Fatores Biológicos (Diminuição da Serotonina no tronco cerebral e no córtex frontal, genética, alterações química e hormonais), uso de álcool, drogas e outras substâncias, Fatores Sociológicos (questões relacionadas à integração social como tais como o isolamento, problemas financeiros, desagregação familiar ou de violência).

Alguns mitos populares:

- Quem fala não faz;
- Quem quer se matar, se mata;
- Suicídios ocorrem sem avisos;
- A melhora após a crise significa que o risco passou;
- Nem todos os suicídios podem ser evitados;
- Uma vez suicida, sempre suicida

O processo se inicia com a *ideação suicida* passando para um *plano suicida* (marcar data e formade morrer) que evolui para a *tentativa de suicídio* e finalmente o ato em si.



Fatores de proteção ao suicídio: Religiosidade, Proximidade com a família, Percepção otimista da vida, Gravidez e maternidade, Ter uma ocupação/emprego, Rede social (interdependência), Capacidade de enfrentamento frente às situações negativas da vida.

Frases que devem servir de alerta: “Eu preferia estar morto” - “Eu não posso fazer nada” - “Eu não aguento mais” - “Eu sou um perdedor e um peso para os outros” - “Os outros vão ser mais felizes sem mim”.....

Avaliação de pacientes com riscos de suicídio:

BAIXO RISCO: A pessoa teve alguns pensamentos suicidas: “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”... mas **Não fez nenhum plano.**

Ação Necessária

- Oferecer apoio emocional
- Trabalhar sobre os sentimentos suicidas
- Focalize nos aspectos positivos da pessoa

Se você não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa não demonstra melhora, não consegue refletir sobre sua condição, encaminhe-a para um profissional de saúde mental.

MEDIO RISCO: A pessoa **tem pensamentos e planos**, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente.

Ação Necessária

- Trabalhar sobre os sentimentos suicidas.
- Focalize nos aspectos positivos da pessoa.
- Focalize os sentimentos de ambivalência.
- Explore alternativas ao suicídio.
- Faça um contrato
- Encaminhe a pessoa a um psiquiatra
- Peça autorização ao paciente entre em contato com a família, amigos e/ou colegas e reforce seu apoio.
- Oriente sobre medidas de prevenção

ALTO RISCO: A pessoa **tem um plano definido**, tem os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo prontamente. Muitas vezes já tomou algumas providências prévias (cartas, pagamento de contas, testamento) e parece estar se despedindo.

Ação Necessária

- Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- Gentilmente falar com a pessoa e remover os comprimidos, faca, arma, venenos, etc.
- Fazer um contrato, como descrito anteriormente, tente ganhar tempo.
- Entrar em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo. Providenciar uma ambulância e encaminhá-la.
- Informar a família e reafirmar seu apoio

O que não fazer: Ignorar a situação; ficar chocado ou envergonhado e em pânico; tentar se livrar do problema acionando outro serviço e considerar-se livre de qualquer ação; falar que tudo vai ficar bem, sem agir para que isso aconteça; desafiar a pessoa a continuar em frente; fazer o problema parecer trivial; dar falsas garantias; jurar segredo, deixar a pessoa sozinha.

Tratamento: A portaria 1.876 de 14/08/2006 institui as “Diretrizes Nacionais para a Prevenção ao Suicídio” que estruturaram ações para promover a qualidade de vida, de educação e de proteção; desenvolver estratégias de informação, de comunicação e sensibilização da sociedade de que suicídio é um problema de saúde pública e que pode ser prevenido; organizar linhas de cuidado integral desde a prevenção até a recuperação,.

O tratamento agudo tem como fim a diminuição do estresse mental, possibilitando uma diminuição importante do risco de suicídio. Sendo assim, podemos fazer uso das seguintes medicações: Benzodiazepínicos, Antipsicóticos.

Cuidados de Enfermagem: A promoção de um ambiente de cuidado que seja seguro e favorável a sua plena recuperação é condição indispensável no exercício do cuidado integral em saúde mental, desenvolver uma escuta ativa de qualidade, desenvolver um relacionamento de confiança entre o indivíduo e a equipe de enfermagem; orientar a família quanto aos cuidados e necessidade de supervisão; realizar os atendimentos em lugar agradável e seguro, livre de objetos que possam servir para auto extermínio; administrar medicamentos prescritos.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE



Definição: O transtorno de personalidade se refere, na verdade, a um conjunto de transtornos. Apesar de se manifestar de forma variada, em todos os transtornos as pessoas apresentam padrões de comportamento e formas de reagir e se relacionar persistentes, e que causam sofrimento significativo ou até mesmo comprometimento da sua funcionalidade. Costumam ser problemas de longa duração e afetam principalmente os relacionamentos pessoais.

Causas: Apesar de não estar muito bem estabelecido ainda, acredita-se que os transtornos de personalidade são causados por uma combinação e interação entre fatores ambientais e predisposição genética. Muitos transtornos diminuem a sua gravidade com o avançar da idade, porém certos traços podem persistir, mesmo após a resolução dos sintomas agudos que levaram ao diagnóstico num primeiro momento.

Sinais e Sintomas: Surgem na adolescência e início da idade adulta, Geralmente, se manifestam através da autoimagem (na construção da própria identidade) e através dos

relacionamentos. Quem sofre de transtorno de personalidade não tem uma imagem clara e estável de si mesma, podendo mudá-la conforme a situação em que se encontram. Da mesma forma, a autoestima oscila entre alta e baixa; estabelecer relações íntimas e duradouras costuma ser muito difícil para quem sofre de qualquer transtorno de personalidade. Sendo assim, os sinais e sintomas vão variar conforme o tipo de transtorno que a pessoa apresenta.

Os transtornos de personalidade são classificados em três subgrupos, conforme o último Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), unindo aqueles que apresentam características e padrões em comum. Ao todo, são dez transtornos diferentes:

GRUPO A – ESTRANHOS OU EXCÊNTRICOS

Transtorno de Personalidade Paranóide: pessoas com alto grau de desconfiança e suspeita sobre os outros. Podem apresentar medo de perseguição e/ou de serem enganadas.

Transtorno de Personalidade Esquizoide: costumam apresentar alto grau de desinteresse em outras pessoas e embotamento social.

Transtorno de Personalidade Esquizotípico: pessoas com comportamentos e pensamentos excêntricos ou bizarros. Geralmente têm dificuldade em adquirir relacionamentos íntimos.

GRUPO B – DRAMÁTICOS OU ERRÁTICOS

Transtorno de Personalidade Antissocial: costumam manipular os outros para ganho pessoal, podem ser falsos e irresponsáveis social e afetivamente.

Transtorno de Personalidade Borderline: alta instabilidade emocional, com intolerância de ficar sozinho e mudanças de atitude súbitas e de forma impulsiva.

Transtorno de Personalidade Histriônico: pessoas que possuem necessidade excessiva de chamar atenção.

Transtorno de Personalidade Narcisista: costumam apresentar autoestima frágil e desregulada, apesar de aparentarem grandiosidade sobre a própria imagem.

GRUPO C – ANSIOSOS E/OU APREENSIVOS

Transtorno de Personalidade Esquivo: medo de rejeição tão alto que costumam evitar o contato interpessoal de qualquer tipo.

Transtorno de Personalidade Dependente: costumam apresentar necessidade excessiva de ser cuidado e alto grau de submissão.

Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo (TOC): costumam ser pessoas rígidas, perfeccionistas e obstinadas, que apresentam pensamentos ou comportamentos repetitivos que causam prejuízo às suas atividades diárias.

Tratamento: Psicoterapia, medicamentos de acordo com o tipo de transtorno, apoio dos familiares e amigos.

Algumas medidas tomadas pelos próprios pacientes podem ajudar:

- Informar-se sobre o distúrbio que possui;
- Praticar atividades físicas regularmente para gerenciar e reduzir alguns sintomas;
- Evitar o uso de substâncias estimulantes, como bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Escrever um diário para exteriorizar e expressar as emoções;
- Buscar técnicas de relaxamento e autoconhecimento como yoga e meditação.

Cuidados de enfermagem: estabelecer um contrato terapêutico com o cliente, deixando claro o contexto de limites e liberdade. ▪ planejar a assistência em consonância com a equipe, incluindo a família e cliente. ▪ analisar com o cliente os objetivos para o futuro, se condizem com a realidade e orientar a família. ▪ tentar criar vínculo, estimular expressão de sentimentos relacionados à rejeição, ao medo da solidão e do abandono. ▪ analisar as mudanças necessárias de acordo com a real necessidade do cliente. ▪ ser autêntico diante das manifestações de comportamento que chocam os demais. ▪ expressar-se com segurança, firmeza, sem conotação de julgamento. ▪ manter o cliente em observação para prevenção da auto ou heteroagressão.

Desenvolver atividades ocupacionais e recreacionais. ▪ Envolver o cliente em medidas de reabilitação para atender suas preferências. ▪ Estabelecer relacionamento com o grupo familiar (discutir e encontrar soluções). ▪ Orientar a família a procurar recursos existentes na rede para seu atendimento.

CONSIDERAÇÕES

A enfermagem deve desenvolver as ações com compromisso e responsabilidade em todas as etapas do cuidado ao indivíduo portador de patologias mentais; o tratamento humanizado é fundamental para criar uma relação enfermagem/paciente/família, porém o

profissional deve buscar qualificação e capacitação para exercer o cuidado com qualidade, desta forma poderá oferecer apoio, segurança nas ações que necessita realizar e educação em saúde.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

- 1. Quais os pontos principais do cuidado de enfermagem nas patologias psiquiátricas?*
- 2. O que é depressão?*
- 3. Quais tipos de tratamento existem para as patologias psiquiátricas?*

REFERÊNCIAS

AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A. UNASUS/UFMA. Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas. São Luís, 2013. UFMA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em <https://psiquiatriapaulista.com.br/>. Acesso em 07 de julho de 2021.

CORDIOLI, V. O Transtorno Obsessivo-Compulsivo e as suas manifestações. Do livro: “TOC” da Editora Artmed. Porto Alegre, 2014.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LIMA, A. B.; ESPÍNDOLA, C. R. Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. Revista Subjetividades, 15(1), 105-112, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235907692015000100012&lng=pt&tlng=pt.. Acesso em 10 de junho de 2021

ROLIM, M. A.; TEIXEIRA, M. B.; FORCELLA, H. T. Assistência de Enfermagem a pacientes com manifestações de comportamento decorrentes de sintomas da neurose obsessivo-compulsiva. Rev. Esc. Enf. USP, Sao Paulo, 79(1): 47-53,1985.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. L.; ARANTES, E. C. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole, 2008.

TOWNSEND, M. C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 7. Ed. São Paulo: Guanabara, 2017.

CAPÍTULO 9

URGENCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM E FORMAS DE ATUAÇÃO NAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Emergências psiquiátricas referem-se a situações em que há uma crise aguda de saúde mental que requer intervenção imediata para garantir a segurança e o bem-estar do indivíduo. Essas emergências podem variar em gravidade e podem incluir uma ampla gama de condições psiquiátricas e comportamentais. Aqui estão algumas das emergências psiquiátricas mais comuns:

- **Crise suicida:** Quando uma pessoa expressa pensamentos, planos ou intenções suicidas iminentes. Isso pode incluir tentativas de autolesão recentes ou ideias persistentes de se machucar.
- **Comportamento agressivo ou violento:** Quando um indivíduo demonstra agressão física ou verbal significativa contra si mesmo, outras pessoas ou propriedade.
- **Psicose aguda:** Experiência de delírios, alucinações ou desorganização severa do pensamento que causa um perigo imediato para a pessoa ou para outros.
- **Intoxicação grave por substâncias:** Uso de substâncias psicoativas que causam sintomas severos, como overdose de drogas ou álcool, que requerem intervenção médica urgente.
- **Crises de ansiedade grave:** Ataques de pânico intensos, agitação extrema, ou sintomas de transtorno de estresse agudo que causam sofrimento significativo ou incapacitação.
- **Transtornos alimentares graves:** Como episódios de compulsão alimentar severa, comportamentos de purga extrema (como vômitos autoinduzidos) ou risco iminente de desnutrição grave.
- **Reações agudas ao estresse:** Em situações de trauma recente ou experiências extremas de estresse emocional que resultam em disfunção significativa, como reações dissociativas ou incapacitação emocional grave.
- **Surtos de transtornos mentais graves:** Como episódios maníacos agudos (no transtorno bipolar) ou graves crises de depressão que colocam o indivíduo em risco de autolesão ou suicídio.

A abordagem para gerenciar emergências psiquiátricas geralmente envolve uma combinação de intervenções médicas, psicoterapêuticas e de suporte social. É crucial que os profissionais de saúde mental e os serviços de emergência estejam preparados para lidar com essas situações de maneira rápida e eficaz, garantindo o acesso oportuno ao tratamento adequado e a proteção da pessoa em crise e de outras pessoas ao seu redor.

Diferença entre urgências e emergências psiquiátricas:

EMERGÊNCIA - situação de risco grave - intervenções imediatas e inadiáveis

URGÊNCIA - situação de um risco menor com intervenções em curto prazo ; em psiquiatria essa diferenciação tem menor aplicabilidade prática

Definição: Qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave, para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Objetivo do atendimento: estabilizar o quadro psíquico, estabelecer uma hipótese diagnóstica, excluir causas orgânicas, determinar prioridades.

O atendimento de emergência psiquiátrica tem de ser feito por equipe interdisciplinar composta no mínimo, de médico psiquiatra, enfermeiro psiquiatra específico da equipe, auxiliar de enfermagem e equipe de apoio ou segurança disponível e adequadamente treinada para colaborar nas situações em que a agitação e agressividade são intensas podendo exigir a contenção física.

No momento da crise psiquiátrica a equipe de enfermagem no suporte geral e abordagem individual devem compreender as características do cliente e o que o levou a crise; a intervenção adequada em estados de crise exige maturidade e controle emocional por parte de quem atende, se estes não se sentem capazes de agir, devem solicitar substituição por outros colegas.

É importante desenvolver escuta ativa com a família e o paciente, apresentar-se e esclarecer os objetivos do atendimento; transmitir confiança, segurança; saber se expressar; evitar julgamentos. Há necessidade de eliminar possibilidades dos sinais e sintomas estarem relacionados a causas orgânicas como: início agudo, primeiro episódio, idade avançada, doença ou lesão orgânica atual, alterações cognitivas, alterações da fala ou movimentos (e marcha). Todos estes sintomas podem indicar lesão *neurológica*, portanto não pode ser considerada doença mental.

A avaliação primária realizada pela equipe de enfermagem nas emergências psiquiátricas deve ter como base questionamentos e observações que sirvam como instrumentos do cuidar, considerando os seguintes aspectos:

✚ Aparência - O paciente está extremamente limpo, sujo, agitado, calado? Olha nos olhos das pessoas que conversam com ele? A atividade psicomotora está aumentada, diminuída ou assume posturas bizarras. Está cheirando a álcool ou tem as pupilas dilatadas (midríase) por uso de cocaína ou anfetaminas? Interage com aqueles que lhe trouxeram à emergência ou recusa a presença destas pessoas?

✚ Consciência - Está confuso e/ou sonolento? Compreende o que está se passando ao redor? Apresenta distúrbios neuropsicológicos como linguagem, memória e atenção prejudicadas? Conhece as pessoas que lhe trouxeram?

✚ Pensamento - Pensa e fala muito rápido, como em quadros de mania, ansiedade, intoxicações? Está com pensamento lento, como em depressão? É estranho e incompreensível, como em psicoses? Vê vultos, insetos nas paredes, como no caso de Delirium tremens? Escuta vozes, como na esquizofrenia? Pensa que alguém quer lhe tirar a vida ou quer lhe prejudicar, como nas paranóias?

✚ Humor e afetividade - Está profundamente triste, eufórico ou normal? De repente se irrita com qualquer coisa? Apresenta idéias suicidas ou homicidas? Mostra-se indiferente afetivamente?

✚ Julgamento e crítica - Demonstra bom senso em suas idéias? Entende os procedimentos que estão sendo realizados pela equipe de saúde? Admite ter um problema psiquiátrico ou culpa outra pessoa por suas dificuldades? Percebe que está doente?

CLASSIFICAÇÃO DAS EMERGÊNCIAS

Agitação ou Agressividade: clientes com história de agressão e impulsividade, labilidade emocional, baixa tolerância a frustração, história de delinquência, idéias delirantes de perseguição, alucinações auditivas de comando (vozes que o ordenam a fazer coisas) e comportamento agressivo recente são fortes candidatos à agitação acompanhada de agressividade.

Nestes casos ao perceber a iminência da crise de agressividade ou agitação psicomotora torna-se necessário que a equipe mantenha algumas atitudes que levem ao controle da situação:

Evitar movimentos bruscos, evitar tocar o paciente, evitar elevar o tom de voz, evitar confronto, estabelecer limites de forma acolhedora, assegurar ao paciente que vc pretende ajuda-lo a controlar seus impulsos, trabalhar com o paciente de modo que consiga expressar verbalmente seus sentimentos sem a necessidade das agressões,

Evitar olhar desafiador ou submisso, auxiliar o paciente a reconhecer a realidade.

Evitar promessas, ameaças, conselhos, opinião pessoal, manipulação, faltar com a verdade, Evitar ceder a teste, desafio e manipulação.

O ambiente deve estar provido de segurança, conforto, controle de ruídos, temperatura e iluminação adequadas. Evitar movimentação excessiva ou superlotação no local, checar se o paciente porta algum tipo de arma.

A abordagem ao paciente deve ser organizada, por equipe treinada utilizando os protocolos de rotina.

A interação adequada entre a linguagem verbal e não-verbal permite o desenvolvimento da comunicação terapêutica, e melhor qualidade no relacionamento interpessoal que influencia positivamente a assistência dada ao paciente

A equipe deve optar primeiramente pela administração de medicamentos no momento da agitação/agressividade, porém havendo necessidade usa-se a contenção física ou mecânica dentro dos limites estabelecidos por lei. Depois de realizado o controle da situação é importante que a equipe se reúna para discutir pontos fortes e fracos do atendimento.

Depressão e Tentativa de Suicídio: os indivíduos que expressam pensamentos suicidas ou que já tentaram o suicídio, segundo estatísticas, já foram atendidos em algum momento por um profissional de saúde. A maioria busca ajuda de profissionais antes de chegarem ao extremo de seus atos. Na tentativa de suicídio apelativa, o paciente garante a existência de socorro antes de consumir o ato, fica contente por ter sobrevivido, resolve parcialmente conflitos precipitantes, retoma a atenção de familiares (que ficam preocupados com ele) e não expressa planos futuros de suicídio.

O melhor efeito terapêutico é obtido pelo uso combinado de antidepressivos e psicoterapia.

Ansiedade: Os transtornos de ansiedade relevantes para a emergência são: ataques de pânico e agorafobia, ansiedade generalizada e transtorno de ajustamento com ansiedade, quadros conversivos, somatizações, quadros dissociativos e estresse pós-traumático. Quase sempre vem acompanhados de sintomas clínicos: ansiedade intensa, sensação de morte iminente, acompanhados por palpitações, desconforto precordial, vertigem, parestesia, tremores e sudorese, dificuldade para deglutir, dores abdominais, fraqueza, tonturas, quadros conversivos, somatizações, quadros dissociativos e estresse pós-traumático.

O diálogo e a administração de antidepressivos ou benzodiazepínicos e ácido valpróico são os primeiros passos terapêuticos, além do acompanhamento da função cardiovascular através de monitorização cardíaca e dos sinais vitais.

Conflitos Interpessoais: Geralmente chegam nas emergências após superdosagem de medicamentos, auto-mutilações e vitimização repetida; desenvolvem rápidas reações de raiva quando se sentem desconsiderados. As superdosagens e as mutilações não visam o suicídio, mas servem para dispersar o vazio interno e a sensação de plenitude com eles próprios.

EMERGÊNCIAS RELACIONADAS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso indiscriminado de substâncias como álcool, anfetaminas, estimulantes, sedativos, inalantes como colas, tintas, removedores e gasolina compõem o grupo de substâncias que influenciam o funcionamento cerebral.

É importante avaliar a substância utilizada, estimar a quantidade, frequência do uso, quando foi o último consumo (estimar tempo para abstinência)

A intoxicação pelo álcool envolve vários estágios de alteração do comportamento, mas frequentemente ocorre prejuízo do julgamento, diminuição da atenção, respostas emocionais inapropriadas, labilidade afetiva e desinibição de comportamentos agressivos.

O excesso de álcool provoca: Desidratação, Distúrbios hidroeletrólíticos, Desnutrição, Deficiência de tiamina Hipoglicemia / Diabetes, Encefalopatia (Wernicke – Korsakoff), Hepatopatias (hepatite, esteatose, cirrose), Pancreatite alcoólica, Doenças infecciosas.

Pode ocorrer a síndrome de Abstinência quando o paciente interrompe o uso total ou parcial de bebidas alcóolicas por algum tempo, pode desenvolver “*Delirium tremens*” (Mortalidade em 5- 10% dos casos)

Sinais e Sintomas: Desorientação, Alterações cognitivas, Alucinações (táteis e visuais), Ansiedade intensa, Sudorese, Tremor, Hipertensão (>140/90mm hg), Frequência cardíaca aumentada (>100 bpm), Temperatura elevada (> 37°C).

O uso de estimulantes como cocaína, anfetaminas e fenciclidina é mais frequente entre os jovens e desenvolve uma série de complicações clínicas e psiquiátricas; quando chegam às emergências, apresentam hipervigilância, aumento da ansiedade, midríase e complicações clínicas graves, como convulsões, infarto do miocárdio, arritmias e acidente vascular cerebral.

O tratamento deve ser conduzido como o da ansiedade, com benzotiazídicos. A agitação psicomotora e os quadros de delírios paranóides requerem uso de antipsicóticos. Lógico que as falências neurológicas e cardiovasculares devem ser tratadas em primeiro lugar, evitando a morte súbita.

Outras substâncias, como maconha e inalantes, levam vários jovens aos serviços de emergência, principalmente nas madrugadas de sexta-feira e sábado, quando as festas estão em seu auge. O uso de maconha pode desencadear quadros de ansiedade, e o uso de maconha de excelente qualidade, sem mistura, pode desencadear um quadro psicótico.

Por outro lado, inalantes como colas, tintas, removedores e gasolina são solventes, ou seja, são substâncias capazes de dissolver gordura. Como grande parte do cérebro é formado da gordura mielina, o uso crônico destas substâncias pode, paulatinamente, ocasionar sérias consequências neurológicas.

Diante desta realidade, o sucesso do atendimento depende da abordagem sistemática realizada por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar sensível, atuando simultaneamente e consciente da sua função no processo de preservação imediata da vida.

Cuidados de Enfermagem:

Avaliar rapidamente a situação – avalie as condições físicas do paciente e verifique se não há perigo de morte ou se necessita de intervenção imediata; verifique se está muito ansioso ou agressivo...tente tranquiliza-lo.

Servir de apoio ao paciente – o propósito é ajudar, aproximar-se com calma e oferecer a possibilidade de ajudar, seja objetivo, valorize-o apontando seus pontos fortes, separar o usuário de outras pessoas com objetivo de tranquilizar o ambiente pois a

ansiedade dos presentes dificulta a abordagem, Informar claramente ao usuário sobre o que será feito para ajudá-lo a sair da crise.

Ouvir cuidadosamente – mostre que está apto a ouvi-lo, permita que o paciente fale o que está sentindo, interaja na comunicação; além das técnicas de comunicação terapêuticas, utilize a comunicação não-verbal para reforçar a mensagem de que você se preocupa com o problema dele, acene com a cabeça, olhe-o nos olhos e incline-se um pouco para ouvi-lo.

Pedir ajuda quando necessário – não hesite em pedir ajuda caso perceba falha na segurança, permaneça a certa distância do paciente, nunca lhe dê as costas e não o deixe entre você e a saída. Diga a um colega onde está indo com o paciente e peça-lhe para checar o local com certa frequência.

Em caso de Intoxicação por uso de substâncias – controlar as manifestações de comportamentos inadequados, providenciar suporte para as manifestações clínicas (sinais vitais/hidratação/nutrição), monitorar o paciente de hora em hora, redução de estímulos ambientais (luz/ruídos), evitar acesso a soluções a base de álcool, preparo de materiais de suporte ventilatório se necessário, terapia medicamentosa, monitoramento.

Cuidados Gerais - Geralmente os pacientes agitados portadores de transtornos mentais são excessivamente sedados, e podem necessitar emergencialmente de proteção de vias aéreas por conta dos riscos de depressão respiratória. Por outro lado, quando recebem medicações psicoativas, a despeito de terem se alimentado, correm o risco de broncoaspirar, se não forem colocados em decúbito dorsal ou com a cabeceira elevada e a cabeça lateralizada

CONTENÇÃO

Nas emergências psiquiátricas, a **contenção** é um conjunto de intervenções utilizadas para proteger o paciente e outras pessoas quando há risco iminente de agressão, autoagressão ou comprometimento grave do julgamento. As diretrizes nacionais e internacionais recomendam que as medidas **menos restritivas** sejam sempre tentadas primeiro, utilizando a contenção apenas quando estritamente necessária, pelo menor tempo possível e com monitoramento contínuo.

As várias formas de contenção devem ser utilizadas como último recurso, quando todas as demais alternativas menos coercivas não tiverem surtido efeito. Quando não há alternativa, podem ser usados meios físicos ou farmacológicos para impedir comportamentos destrutivos.

Os principais tipos de contenção são:

Contenção verbal

É a primeira estratégia a ser utilizada e consiste em técnicas de comunicação terapêutica para reduzir a agitação e estabelecer uma relação de confiança. Envolve:

- escuta ativa e acolhimento;
- fala calma, clara e objetiva;
- manutenção de distância segura;
- demonstração de respeito e empatia;
- oferta de alternativas e negociação para reduzir a ansiedade e a agressividade.

Essa abordagem é considerada a intervenção inicial e preferencial no manejo da agitação psicomotora.

Contenção ambiental

Consiste na modificação do ambiente para reduzir estímulos que possam aumentar a agitação do paciente. Inclui:

- retirar objetos que possam representar risco;
- reduzir ruídos e circulação de pessoas;
- encaminhar o paciente para um ambiente tranquilo e seguro;
- limitar estímulos visuais e sonoros;
- garantir a presença de profissionais treinados.

Essa estratégia busca favorecer o autocontrole e prevenir a necessidade de intervenções mais restritivas

Contenção Física ou Mecânica

Consiste na restrição temporária dos movimentos do paciente por meio de dispositivos específicos (faixas ou cintas acolchoadas), aplicados por equipe treinada quando existe risco iminente de violência, autoagressão ou fuga que coloque em perigo o paciente ou terceiros.

Sua utilização deve obedecer a critérios rigorosos:

- indicação clínica justificada;
- prescrição médica ou conforme protocolos institucionais;
- monitorização contínua dos sinais vitais, circulação, respiração e nível de consciência;

- reavaliações frequentes para retirada da contenção assim que possível;
- registro detalhado em prontuário.

A contenção mecânica é considerada uma medida de **último recurso**, quando todas as alternativas menos restritivas foram insuficientes.

Contenção Química

É realizada por meio da administração de medicamentos para controlar a agitação intensa, a agressividade ou sintomas psicóticos, sempre com indicação clínica e monitorização adequada. Os fármacos mais utilizados pertencem às classes dos:

- antipsicóticos;
- benzodiazepínicos;
- estabilizadores do humor, em situações específicas.
- A contenção química não deve ser empregada como forma de punição ou para facilitar o trabalho da equipe, mas apenas quando houver benefício clínico para o paciente.
- Escolta

A escolta é a forma de tocar ou segurar um assistido, sem o uso de força com o propósito de guiá-lo ou conduzi-lo para outro ambiente em que fique seguro durante a crise.

Isolamento

Isolamento é a colocação e a retenção de um paciente em uma sala especial localizada de preferência junto ao posto de enfermagem de forma que haja constante monitoramento visual do paciente com a finalidade de tratar, conter e controlar condições clínicas próprias de um estado de emergência, com o objetivo de não disseminar quadros de agitação entre os demais pacientes, bem como servir de medida de proteção, utilizada em pacientes acometidos pelo transtorno no uso de drogas durante período de desintoxicação.

No Brasil, **não existe uma lei específica que regule exclusivamente o uso da contenção em emergências psiquiátricas**. O procedimento é disciplinado por um

conjunto de leis, resoluções e princípios éticos que estabelecem quando e como a contenção pode ser utilizada.

Os principais instrumentos normativos são:

Presidência da República Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica)

É a principal legislação brasileira sobre a assistência em saúde mental.

Garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e determina que o tratamento deve ocorrer com respeito à dignidade, aos direitos humanos e utilizando os meios **menos invasivos e menos restritivos possíveis**.

Embora não regulamente detalhadamente a contenção, serve de fundamento legal para que essa medida seja empregada apenas em situações excepcionais, quando houver risco iminente para o paciente ou para terceiros.

Conselho Federal de Enfermagem Resolução COFEN nº 746/2024

É a norma atualmente vigente que regulamenta os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes, revogando a Resolução COFEN nº 427/2012.

Determina que:

a contenção mecânica somente deve ser utilizada quando for o **único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente** ao paciente ou a terceiros;

deve ocorrer sob supervisão direta do enfermeiro;

o paciente deve ser monitorado continuamente;

todas as informações sobre a indicação, duração, avaliações e monitoramento devem ser registradas em prontuário.

Constituição Federal de 1988

O art. 5º, inciso III, estabelece que **ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante**, princípio que orienta toda decisão relacionada ao uso da contenção.

Aspectos éticos

Além da legislação, a utilização da contenção deve seguir princípios éticos fundamentais:

- ser indicada apenas quando outras medidas (como desescalada verbal e contenção ambiental) não forem eficazes;

- durar o menor tempo possível;
- preservar a dignidade e a integridade física e psicológica do paciente;
- ser continuamente reavaliada pela equipe de saúde.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A CONTENÇÃO DE UM PACIENTE PSIQUIÁTRICO NAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Os cuidados de enfermagem durante a contenção de um paciente psiquiátrico têm como objetivo garantir a **segurança, a integridade física e emocional e a preservação da dignidade do paciente**, além de prevenir complicações decorrentes do procedimento.

Os principais cuidados incluem:

- **Avaliar primeiramente a necessidade da contenção**, certificando-se de que medidas menos restritivas, como a contenção verbal e a contenção ambiental, foram tentadas previamente, sempre que possível.
- **Explicar ao paciente**, de forma calma e objetiva, o motivo da contenção, buscando reduzir a ansiedade e favorecer sua colaboração.
- **Realizar a contenção com equipe treinada**, utilizando técnica adequada para minimizar o risco de lesões tanto para o paciente quanto para os profissionais.
- **Monitorar continuamente o paciente**, avaliando nível de consciência, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio e temperatura, conforme a condição clínica.
- **Verificar a circulação e a integridade da pele** nos membros contidos, observando sinais de dor, edema, cianose, formigamento, lesões ou comprometimento vascular.
- **Garantir o conforto e as necessidades básicas**, oferecendo hidratação, alimentação, higiene, eliminação e mudanças de posição quando a condição clínica permitir.
- **Observar continuamente o estado mental e o comportamento**, identificando sinais de melhora, agravamento da agitação ou efeitos adversos de medicamentos utilizados na contenção química.
- **Manter vigilância constante**, prevenindo complicações como broncoaspiração, asfixia postural, trombose, lesões por pressão e tentativas de fuga ou autoagressão.
- **Retirar a contenção o mais precocemente possível**, assim que o paciente apresentar condições seguras, mediante reavaliação clínica da equipe.

- **Registrar detalhadamente em prontuário** a indicação da contenção, horário de início e término, tipo de contenção utilizada, avaliações realizadas, monitorização, intercorrências, cuidados prestados e resposta do paciente.

Considerações éticas

A contenção deve ser utilizada **exclusivamente como medida terapêutica e de proteção**, nunca como forma de punição, disciplina ou conveniência da equipe. Sua aplicação deve respeitar os princípios da beneficência, da não maleficência, da dignidade da pessoa e dos direitos humanos, conforme a **Lei nº 10.216/2001** e a **Resolução COFEN nº 746/2024**.

CONSIDERAÇÕES

A capacitação dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem para atuarem nas emergências psiquiátricas deve ser valorizada, pois, a clientela para esse tipo de atendimento é grande e os profissionais devem estar preparados para atender a demanda. Importante considerar também que a **Resolução COFEN nº 746/2024** é a norma técnica mais específica sobre a execução da contenção mecânica pela equipe de enfermagem.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *Como deve ser utilizada a contenção em emergências psiquiátricas?*
2. *Quais são os principais tipos de contenção utilizados nas emergências psiquiátricas? Explique brevemente a finalidade de cada um.*
3. *De acordo com a legislação brasileira e os princípios éticos da assistência em saúde mental, por que a contenção mecânica é considerada uma medida de último recurso?*

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CRM). Resolução CRM - 1.598/2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Brasília. 2000.

BALDAÇARA L, Cordeiro DC. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Editora Roca. 2007

BARROS, S.; ROLIM, M.A. Assistência de enfermagem nas emergências psiquiátricas. Rev. Esc. Enf. USP, v. 26, n. 2, p. 125-36, Ago. 1992.

FONTANA, A. M. Manual de clínica em psiquiatria. São Paulo: Atheneu. 2005.

ARAÚJO, M.M.T., SILVA, M.J.P., PUGGINA, A.C.G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. Rev. esc. enferm. USP. 2007; 41(3):419-425

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 746, de 20 de março de 2024. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes.

Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para o manejo da agitação psicomotora e do comportamento agressivo.

Potter & Perry: Fundamentos de Enfermagem. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

GOMES, M.F.P. et al. Assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica: revisão de literatura. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR; Vol.32,n.2,pp.164-168 (Set – Nov 2020).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Kaplan & Sadock: Compêndio de Psiquiatria. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR). Porto Alegre: Artmed, 2023

Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPÍTULO 10

TERAPIA MEDICAMENTOSA

O QUE SÃO PSICOFÁRMACOS?

Os Psicofarmacos são drogas cujo principal uso é modificar as funções psíquicas, normais ou alteradas. Portanto, não curam o doente mental, apenas diminuem seu sofrimento. Os tipos de Psicofarmacos, assim como o tempo de utilização e as dosagens, vão depender do tipo de sintomas que se deseja combater e da maneira como reage o organismo do usuário, os efeitos colaterais também são variáveis de pessoa para pessoa.

CATEGORIAS DOS PSICOFÁRMACOS E SUAS REAÇÕES ADVERSAS

Há algumas categorias de psicofármacos utilizados no tratamento de doenças mentais:

- **Psicolépticos:** drogas que atuam diminuindo a atividade psíquica normal ou alterada (Pentobarbital, Flurazepan, Nitrazepan, Metaqualona, Trazolan)
- **Hipnóticos:** induzem o sono (ex. Zolpidem, Pentobarbital, Flurazepan, Nitrazepan, Metaqualona, Trazolan)

Reações Adversas: diminuem seus efeitos devido tolerância, Ao tentar se suspender a medicação, a insônia pode surgir mais acentuada que antes do uso da droga. A esse efeito chamamos “rebote”. Frequentemente há queixas de acordar na manhã seguinte com uma sensação de torpor e sonolência (ressaca)

- **Ansiolíticos:** aliviam ansiedade e tensão (Benzodiazepínicos como Diazepan, Lorazepan, Alprazolam, Clonazepan, Meprobamato)

Reações Adversas: Ao ser administrado por via endovenosa, exige uma infusão lenta e monitorizada devido ao risco de parada respiratória. Não se recomenda a sua utilização por via intramuscular, principalmente em casos de emergência, pois há relatos que por esta via acontece uma má absorção. Os benzodiazepínicos são metabolizados no fígado (com exceção do Oxazepan e Lorazepan), por isso são contra-indicados para pacientes com disfunção hepática ou idosos. Há relatos de malformações fetais quando

utilizados durante a gravidez, assim como de sua passagem no leite materno; provocam tolerância e dependência.

- Antipsicóticos ou Neurolépticos: reduzem sintomas psicóticos como alucinações e ideias delirantes (Clorpromazina, Haloperidol, Reserpina, Tioridazina, Flufenazina, Pipotiazina, Tiotixene, Olanzapina, Risperidona).

Reações Adversas: processo inflamatório na retina podendo levar à cegueira, diminuição de neutrófilos (tipos de glóbulos brancos); secura na boca, dificuldade para engolir; a Clozapina pode causar excesso de salivação, náuseas e vômitos, azia, má digestão, refluxo, constipação intestinal, icterícia quando o fígado está comprometido, retenção ou incontinência urinária, pode ocorrer urticárias ou manchas avermelhadas na pele, hipertermia, hipotensão ou hipertensão, distúrbios do ritmo cardíaco, amenorreia, aumento do volume das mamas com saída de leite pelo mamilo, diminuição do sódio, síndrome Parkisoniana, Acatisia (paciente não consegue ficar parado), Distonia aguda (espasmos musculares involuntários).

- Psicoestimulantes: combatem a fadiga ou aumentam o desempenho (Anfetamina, Cafeína, Metanfetamina); prescritos principalmente para o tratamento de transtornos do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), como metilfenidato e anfetaminas

Reações Adversas: Como efeito colateral suprimem a fome, por isso são usados, indevidamente, em muitas dietas de emagrecimento. Existe um alto índice de incidência de dependência psíquica e por isso seu uso deve ser restrito em Medicina. São capazes de produzir um quadro psicótico com predomínio de ideias persecutórias (ideias de perseguição), comportamento compulsivo estereotipado (movimentos repetidos, como um sorriso, repetição de uma frase ou gestos), alucinações visuais, auditivas, táteis e olfativas, aumento do apetite sexual com preservação da consciência e orientação. Podem desenvolver tolerância.

- Antidepressivos: Utilizados para tratar transtornos depressivos, incluindo SSRIs (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) como sertralina, fluoxetina;

SNRIs (inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina) como venlafaxina, duloxetina; e outros como bupropiona e mirtazapina, Imipramina, Amitriptilina.

Reações Adversas: Crises hipertensivas severas, hipotensão postural, risco de AVE; Também podem apresentar a boca seca, obstipação, ausência de orgasmo (anorgasmia), contrações musculares involuntárias (mioclonias), obesidade, diminuição da libido (desejo sexual), edema de membros, daltonismo e crises hipertensivas espontâneas. Os sintomas maníacos e esquizofrênicos podem piorar; boca seca, constipação, retenção urinária, visão turva, distúrbios da memória, taquicardia, piora de glaucoma, tontura, sedação, hipotensão ortostática, galactorrêia e lesões cutâneas.

- Psicodislépticos: são drogas que promovem o aparecimento de estados psíquicos anormais, como alucinações, ideias delirantes ou euforia. As drogas deste grupo não são utilizadas no tratamento de transtornos mentais e sua atuação no psiquismo é muitas vezes a causa de seus usuários necessitarem de ajuda.
- Euforizantes: produz desinibição e euforia (Álcool, Cocaína, Heroína)
- Psicotogênicos ou psicodélicos: alteram a percepção fazendo com que o indivíduo perca muitas vezes o contato com a realidade (Canabinóis, LSD, Mescalina, Psilocibina)
- Normalizadores de Humor: normalizando o humor ou prevenindo distúrbios afetivos; durante o tratamento é imprescindível que frequentemente seja feita dosagem sanguínea dos níveis de lítio, para determinar a dose ideal da medicação; os efeitos colaterais do lítio podem ocorrer no início do tratamento, traduzindo-se como sonolência, fraqueza, náuseas, vômitos, cansaço, mãos trêmulas, polidipsia, poliúria, aumento de peso.
- Comumente usados no tratamento do transtorno bipolar, incluindo lítio, carbamazepina, valproato e lamotrigina

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

A administração de medicamentos psiquiátricos é uma das principais responsabilidades da equipe de enfermagem no cuidado às pessoas com transtornos mentais. Além de garantir a administração segura dos fármacos, o enfermeiro e a equipe

de enfermagem devem monitorar a resposta terapêutica, identificar precocemente reações adversas e orientar o paciente e seus familiares quanto ao tratamento.

PRINCIPAIS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Confirmar a prescrição médica

- Verificar o nome do medicamento, dose, via, horário e indicação clínica.
- Esclarecer dúvidas antes da administração.
- Aplicar os "13 certos" da administração de medicamentos

Identificar corretamente o paciente

Confirmar a identidade utilizando, no mínimo, dois identificadores (por exemplo, nome completo e data de nascimento ou número do prontuário).

Avaliar as condições clínicas antes da administração

- Verificar sinais vitais quando indicado.
- Avaliar nível de consciência, comportamento e estado mental.
- Observar presença de alergias e contraindicações.

Conhecer o medicamento administrado

- Mecanismo de ação.
- Indicação terapêutica.
- Dose terapêutica.
- Principais efeitos adversos.
- Interações medicamentosas.

Monitorar efeitos terapêuticos e reações adversas

Observar sinais como:

- sedação excessiva;
- hipotensão ortostática;
- tontura;
- alterações cardiovasculares;
- sintomas extrapiramidais (rigidez, tremores, acatisia, distonia);
- discinesia tardia;

- síndrome neuroléptica maligna (em casos raros, mas potencialmente grave);
- alterações metabólicas (ganho de peso, hiperglicemia e dislipidemia).

Orientar o paciente e a família

- Explicar a finalidade do medicamento.
- Reforçar a importância da adesão ao tratamento.
- Alertar para não interromper o uso sem orientação médica.
- Informar sobre possíveis efeitos colaterais e quando procurar atendimento.

Observar interações medicamentosas e uso de álcool ou outras drogas

- Muitos psicofármacos potencializam o efeito do álcool e de depressores do sistema nervoso central.
- Comunicar à equipe qualquer uso concomitante que possa comprometer a segurança do tratamento.

Administrar corretamente medicamentos injetáveis

- Utilizar técnica asséptica.
- Escolher o local adequado para aplicação.
- Observar o paciente após a administração, especialmente em situações de urgência psiquiátrica.

Registrar todos os cuidados prestados

- Horário da administração.
- Dose administrada.
- Via utilizada.
- Reações observadas.
- Recusa do paciente, quando ocorrer.
- Condutas adotadas pela equipe.

CONSIDERAÇÕES

Esses medicamentos são prescritos em receituário de controle especial, conforme regulamentado pela Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Além das exigências desta Portaria, o usuário deverá comparecer em uma farmácia de referência, portando os documentos pessoais.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *Explique a importância das terapias medicamentosas em psiquiatria e descreva os principais objetivos do tratamento com psicofármacos.*
2. *Descreva os principais cuidados de enfermagem que devem ser realizados antes, durante e após a administração de medicamentos psiquiátricos.*
3. *Escolha uma classe de psicofármacos (antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos ou estabilizadores do humor) e descreva sua principal indicação terapêutica, os efeitos adversos mais frequentes e os cuidados de enfermagem relacionados à sua administração.*

REFERÊNCIAS

Saúde Mental e Psiquiatria: Psicofármacos disponível em <http://www.saudementalepsiQUIATRIA.com/informaccedilatildeo-sobre-medicamentos.html>. Acesso em 03/07/2021. Dr. Antônio Nascimento Gomes - Médico Psiquiatra

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde/ANVISA, 2013.

Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

Potter & Perry: Fundamentos de Enfermagem. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

Kaplan & Sadock: Compêndio de Psiquiatria. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

CAPÍTULO 11

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL

DEFINIÇÃO DE COMUNICAÇÃO

A comunicação representa uma troca de informação e compreensão entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. É um processo Humano de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão: o verbal e o não verbal.

A comunicação verbal ocorre por meio da linguagem e dos signos e é por meio dela que atribuímos significado às coisas que não são ditas explicitamente, enriquecendo a compreensão da realidade. A comunicação não verbal são as mensagens enviadas por meio de gestos, postura, expressões faciais e corporais e pela distância mantida entre os indivíduos.

Para que a comunicação seja efetiva, as mensagens enviadas pelo emissor precisam ser claras e organizadas de modo familiar ao receptor, que deve decodificá-la e respondê-la adequadamente.

DEFINIÇÃO DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

A comunicação pode ser considerada terapêutica quando é benéfica à pessoa no sentido de lhe ajudar a lidar com os eventos da vida e ajustar ao que não pode ser mudado. Quando esse tipo de comunicação ocorre, o profissional de saúde pode ajudar o cliente no enfrentamento de seus problemas.

A comunicação terapêutica permite a interação entre equipe de enfermagem e paciente e proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento humano que atinja os objetivos da assistência. Desempenha um papel fundamental no contexto da saúde mental, sendo essencial para estabelecer uma relação de confiança e colaboração entre o profissional de saúde mental e o paciente. Aqui estão alguns pontos detalhados sobre a importância dessa comunicação:

- **Estabelecimento de Confiança:** A comunicação terapêutica cria um ambiente seguro e acolhedor onde o paciente se sente confortável para compartilhar seus pensamentos, emoções e experiências. Isso é crucial, especialmente em saúde mental, onde muitas questões são pessoais e sensíveis.

- **Exploração Profunda dos Problemas:** Um diálogo terapêutico eficaz permite que o terapeuta explore profundamente os problemas do paciente, ajudando a identificar suas causas subjacentes, padrões de pensamento disfuncionais e emoções reprimidas. Isso facilita o entendimento completo do quadro clínico e a formulação de um plano de tratamento adequado.
- **Empatia e Apoio:** Através de uma comunicação empática, o terapeuta pode demonstrar compreensão genuína e apoio ao paciente. Isso valida as experiências emocionais do paciente e reduz o isolamento que muitas vezes acompanha os problemas de saúde mental.
- **Promoção da Adesão ao Tratamento:** Pacientes que se sentem compreendidos e apoiados pelo terapeuta são mais propensos a aderir ao tratamento recomendado. Isso inclui seguir terapias prescritas, participar de atividades terapêuticas e adotar mudanças de estilo de vida necessárias.
- **Fortalecimento da Autoestima:** Uma comunicação terapêutica positiva pode ajudar o paciente a desenvolver uma visão mais clara de suas próprias habilidades e recursos internos para enfrentar desafios. Isso contribui para fortalecer a autoestima e a autoconfiança.
- **Resolução de Conflitos Interpessoais:** Muitas questões de saúde mental envolvem conflitos interpessoais ou dificuldades nas relações. Uma comunicação terapêutica eficaz pode ajudar o paciente a aprender habilidades de comunicação assertiva e resolver conflitos de maneira construtiva.
- **Educação e Informação:** O terapeuta também desempenha um papel educativo ao fornecer informações sobre condições de saúde mental, estratégias de coping e técnicas de autoajuda. Uma comunicação clara e acessível facilita a compreensão e aplicação dessas informações pelo paciente.
- **Prevenção e Promoção da Saúde Mental:** Além do tratamento de problemas existentes, a comunicação terapêutica pode ser uma ferramenta poderosa na prevenção de problemas futuros, promovendo hábitos saudáveis e resiliência emocional.

Em resumo, a comunicação terapêutica não é apenas um aspecto técnico da prática clínica em saúde mental, mas um componente essencial que impacta diretamente a eficácia

do tratamento, o bem-estar emocional do paciente e o desenvolvimento de uma relação terapêutica significativa e produtiva.

TÉCNICAS DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

1. Escuta ativa

Consiste em ouvir o paciente com atenção, demonstrando interesse genuíno pelo que ele relata. Envolve observar a comunicação verbal e não verbal, evitando interrupções e julgamentos.

Exemplo:

"Estou ouvindo você. Gostaria que me contasse mais sobre o que aconteceu."

2. Uso do silêncio terapêutico

O silêncio pode ser utilizado para oferecer ao paciente tempo para organizar pensamentos, expressar emoções e aprofundar sua reflexão.

Exemplo:

Permanecer em silêncio de forma acolhedora enquanto o paciente busca palavras para falar sobre uma situação difícil.

3. Fazer perguntas abertas

Permite que o paciente desenvolva suas ideias e sentimentos, favorecendo uma compreensão mais ampla da situação.

Exemplo:

"Como você tem se sentido nos últimos dias?"

4. Clarificação

É utilizada quando uma informação apresentada pelo paciente não está clara, buscando compreender melhor o significado de sua fala.

Exemplo:

"Quando você diz que sente que ninguém se importa, o que exatamente quer dizer?"

5. Reflexão

Consiste em devolver ao paciente uma ideia ou sentimento expresso por ele, ajudando-o a perceber suas próprias emoções.

Exemplo:

Paciente: "Parece que perdi o controle da minha vida."

Profissional: *"Você sente que as coisas ficaram difíceis de administrar neste momento."*

6. Reafirmação (ou validação)

Demonstra que o profissional compreende e reconhece a experiência do paciente, sem necessariamente concordar com interpretações inadequadas da realidade.

Exemplo:

"Entendo que essa situação tenha sido muito angustiante para você."

7. Parafrasear

Consiste em repetir com outras palavras o conteúdo relatado pelo paciente, confirmando a compreensão da mensagem.

Exemplo:

"Então, pelo que entendi, você tem se sentido mais ansioso desde que mudou sua rotina."

8. Exploração

Estimula o paciente a aprofundar determinado assunto, sentimento ou comportamento.

Exemplo:

"Você poderia falar um pouco mais sobre esse sentimento de medo?"

9. Confrontação terapêutica

Consiste em apontar, de forma cuidadosa e respeitosa, possíveis contradições entre falas, sentimentos ou comportamentos do paciente.

Exemplo:

"Você diz que não está preocupado, mas percebo que sua expressão demonstra muita tensão. Podemos conversar sobre isso?"

10. Orientação e fornecimento de informações

O profissional oferece informações claras para auxiliar o paciente na compreensão da doença, do tratamento e dos cuidados necessários.

Exemplo:

"Esse medicamento pode causar sonolência no início do tratamento; por isso, é importante seguir as orientações da equipe."

11. Resumo

Consiste em sintetizar os principais pontos discutidos, ajudando o paciente e o profissional a confirmarem a compreensão da conversa.

Exemplo:

"Hoje conversamos sobre sua ansiedade, os momentos em que ela aparece e algumas estratégias para lidar com essas situações."

12. Estabelecimento de limites

É importante principalmente em situações de agitação, agressividade ou comportamento inadequado, mantendo uma postura firme, respeitosa e segura.

Exemplo:

"Eu quero ajudar você, mas não posso permitir que machuque alguém. Vamos conversar sobre outra forma de lidar com essa situação."

PRINCIPAIS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM PSIQUIATRIA

A **comunicação terapêutica em psiquiatria** é uma ferramenta fundamental da enfermagem para estabelecer vínculo, promover segurança, compreender as necessidades do paciente e auxiliar no manejo de sintomas emocionais e comportamentais. Durante esse processo, o profissional deve adotar uma postura acolhedora, ética e baseada no respeito à individualidade do paciente.

1. Estabelecer vínculo terapêutico e relação de confiança

- Apresentar-se ao paciente e explicar sua função no cuidado.
- Demonstrar disponibilidade para ouvir.
- Manter postura acolhedora, respeitosa e sem julgamentos.
- Respeitar o tempo do paciente para expressar seus pensamentos e sentimentos.

2. Utilizar escuta ativa

- Prestar atenção ao conteúdo verbal e aos sinais não verbais.
- Evitar interromper o paciente durante sua fala.
- Demonstrar interesse por meio de contato visual adequado, postura receptiva e respostas que estimulem a continuidade do diálogo.
- Identificar sentimentos e necessidades expressas pelo paciente.

3. Manter comunicação clara e adequada

- Utilizar linguagem simples, objetiva e compatível com o nível de compreensão do paciente.
- Evitar termos técnicos que possam gerar confusão.
- Fazer perguntas abertas para favorecer a expressão de sentimentos e pensamentos.
- Confirmar se o paciente compreendeu as informações fornecidas.

4. Demonstrar empatia e acolhimento

- Reconhecer o sofrimento emocional do paciente.
- Validar sentimentos sem reforçar ideias delirantes ou interpretações distorcidas da realidade.

Exemplo:

Em vez de afirmar "isso não está acontecendo", utilizar:

"Entendo que essa situação parece muito real e assustadora para você. Vamos conversar sobre o que você está sentindo."

5. Observar a comunicação não verbal

O enfermeiro deve avaliar:

- expressão facial;
- postura corporal;
- contato visual;
- agitação motora;
- tom de voz;
- mudanças no comportamento.

Esses sinais podem indicar ansiedade, medo, tristeza, irritabilidade ou risco de crise.

6. Manter postura profissional e estabelecer limites

- Demonstrar respeito, firmeza e segurança durante a interação.
- Evitar discussões, confrontos ou atitudes autoritárias.
- Estabelecer limites claros em situações de agressividade, mantendo o controle emocional.

7. Avaliar riscos durante a comunicação

Durante a interação, o profissional deve observar sinais de:

- ideação suicida;
- risco de autoagressão;
- risco de agressão a terceiros;
- desorganização do pensamento;

- alteração importante do comportamento.

Quando identificados riscos, deve comunicar imediatamente a equipe multiprofissional e seguir os protocolos institucionais.

8. Respeitar a autonomia e a privacidade do paciente

- Garantir ambiente adequado para conversas, preservando a confidencialidade.
- Respeitar escolhas e limites do paciente dentro das possibilidades do cuidado.
- Evitar exposição desnecessária de informações pessoais.

9. Utilizar técnicas terapêuticas adequadas

Aplicar técnicas como:

- silêncio terapêutico;
- reflexão;
- clarificação;
- reformulação;
- validação de sentimentos;
- resumo das informações;
- incentivo à expressão emocional.

10. Registrar informações relevantes

Documentar no prontuário:

- comportamento observado;
- conteúdo das falas do paciente;
- estado emocional;
- riscos identificados;
- intervenções realizadas;
- resposta do paciente à abordagem.

O cuidado de enfermagem durante a comunicação terapêutica em psiquiatria deve promover um ambiente seguro, humanizado e acolhedor. Uma comunicação eficaz auxilia na avaliação do estado mental, fortalece a adesão ao tratamento, reduz crises e contribui para a recuperação e autonomia do paciente.

CONSIDERAÇÕES

A comunicação terapêutica utilizada na psiquiatria deve ser entendida como uma ferramenta importante para a equipe de enfermagem auxiliar o indivíduo portador de doença mental a expressar suas ideias, seus sentimentos, desenvolver a confiança necessária para buscar a mudança no comportamento de maneira a conseguir ajuda-lo a encontrar a solução mais adequada para os mesmos, de acordo com a situação real de cada um. Através deste tipo de comunicação a enfermagem assume compromisso no relacionamento enfermagem-paciente; participa efetivamente de processo do cuidar em saúde mental.

O cuidado de enfermagem durante a comunicação terapêutica em psiquiatria deve promover um ambiente seguro, humanizado e acolhedor; uma comunicação eficaz auxilia na avaliação do estado mental, fortalece a adesão ao tratamento, reduz crises e contribui para a recuperação e autonomia do paciente.

EXERCÍCIOS PROPOSTOS

1. *Explique a importância da comunicação terapêutica no atendimento a pacientes psiquiátricos e descreva quais atitudes do profissional de saúde favorecem a construção de uma relação de confiança e acolhimento.*
2. *Um paciente com transtorno psiquiátrico apresenta comportamento de isolamento, resistência ao diálogo e dificuldade em expressar seus sentimentos. Como o profissional de saúde pode utilizar técnicas de comunicação terapêutica para estabelecer vínculo e promover a participação do paciente no cuidado?*
3. *Analise a diferença entre comunicação terapêutica e comunicação cotidiana no contexto da assistência psiquiátrica. Quais técnicas (como escuta ativa, empatia, validação de sentimentos e perguntas abertas) podem ser utilizadas para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente?*

REFERÊNCIAS

KYES, J.J.; HOFLING, C.K. Conceitos Básicos em Enfermagem Psiquiátrica, 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

NEEB, K. Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures: Lusociência, 2011.

OLIVEIRA, O.S. e al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev Eletrônica Enfermagem (Goiânia). 2005;7(1):54-63. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>, Acesso em 02/08/2021.

PONTES, A., LEITÃO, I., RAMOS, I. Comunicação Terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, 2008.

SEQUEIRA, C. Comunicação em saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (12), 06-08, 2014.

STEFANELLI, M.C. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente - Parte I. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 20(2):161-183, 1986

TOWNSEND, M. C. Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (6ªed.) Loures: Lusociência, 2011.

NANDA International: Diagnósticos de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed.

Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 12

A ABORDAGEM HUMANIZADA NO CUIDADO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

A humanização no cuidado ao paciente psiquiátrico representa uma mudança de perspectiva na assistência em saúde mental, colocando o indivíduo como protagonista do seu processo de cuidado, e não apenas como portador de um diagnóstico. Essa abordagem valoriza a história de vida, os sentimentos, as necessidades, os valores e a singularidade de cada pessoa, promovendo uma assistência baseada no respeito, na empatia e na dignidade humana.

Durante muitos anos, o atendimento psiquiátrico esteve associado a práticas de isolamento, controle e institucionalização, nas quais o paciente frequentemente era visto apenas pela sua doença, com a evolução das políticas de saúde mental e a valorização do cuidado integral, passou-se a compreender que o tratamento deve considerar os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, familiares e culturais envolvidos no sofrimento psíquico.

Na enfermagem em saúde mental, a humanização se manifesta principalmente por meio da construção de uma relação terapêutica entre profissional e paciente. A comunicação terapêutica, a escuta ativa, o acolhimento e a disponibilidade para compreender o sofrimento do indivíduo são ferramentas essenciais para estabelecer vínculo e confiança; o enfermeiro deve desenvolver uma postura livre de julgamentos, respeitando o tempo, as limitações e as formas de expressão do paciente.

O cuidado humanizado também envolve reconhecer o paciente psiquiátrico como uma pessoa com direitos, capacidades e possibilidades de recuperação. Atitudes como chamar o paciente pelo nome, incentivar sua autonomia, estimular sua participação nas decisões relacionadas ao tratamento e preservar sua privacidade contribuem para fortalecer sua autoestima e sua inclusão social.

Além disso, a humanização exige que a equipe de saúde compreenda os comportamentos apresentados pelo paciente como manifestações de um sofrimento mental, e não simplesmente como atitudes inadequadas ou difíceis. Situações como agitação, medo, isolamento ou resistência ao tratamento devem ser abordadas com estratégias terapêuticas, evitando condutas baseadas exclusivamente na contenção ou punição.

A família e a rede de apoio social também possuem papel fundamental no cuidado humanizado, pois podem contribuir para a compreensão da história do paciente, favorecer a adesão ao tratamento e auxiliar no processo de reinserção social. Dessa forma, a

assistência em saúde mental deve ultrapassar os limites do ambiente hospitalar, promovendo continuidade do cuidado nos diferentes espaços da comunidade.

Portanto, a humanização no cuidado ao paciente psiquiátrico é uma prática essencial para uma assistência ética, acolhedora e resolutiva. Ela exige dos profissionais conhecimento técnico, sensibilidade, empatia e compromisso com a promoção da saúde mental, reconhecendo que cada paciente possui uma trajetória única e merece ser cuidado de forma integral e respeitosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização — PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

STUART, Gail W. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TOWNSEND, Mary C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

VIDEBECK, Sheila L. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, Ana Lúcia; OLIVEIRA, Maria Alice. Comunicação terapêutica e humanização da assistência em saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 5, p. 760-766, 2010.

KANTORSKI, Luciane Prado; PINHO, Leandro Barbosa; MACHADO, Juliana. Práticas de cuidado em saúde mental: desafios para a enfermagem na perspectiva da atenção psicossocial. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 111-118, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021.

PEPLAU, Hildegard E. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer Publishing Company, 1991.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

REALIZAÇÃO:



ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



WWW.SEVENPUBLI.COM

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.