

PRÁTICAS DE

saúde mental

EM PAUTA



ORGANIZADORES

Juliana Pereira Queiros

Vitória de Oliveira Almeida

Ana Patrícia Oliveira Moura Lima

Francisca Cléa Florenço de Sousa



AMPLLA
EDITORA

PRÁTICAS DE

saúde mental

EM PAUTA



ORGANIZADORES

Juliana Pereira Queiros

Vitória de Oliveira Almeida

Ana Patrícia Oliveira Moura Lima

Francisca Cléa Florenço de Sousa



AMPLLA
EDITORA



2022 - Editora Ampla
Copyright © Editora Ampla
Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares
Design da Capa: Editora Ampla
Diagramação: Felipe José Barros Meneses

Práticas de Saúde Mental em Pauta está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-030-3

DOI: 10.51859/ampla.psm303.1122-0



2022



Conselho editorial

Andréa Cátia Leal Badaró –
Universidade Tecnológica
Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen –
Universidade Federal do Rio
Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo
Souza – Universidade
Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro
– Universidade Federal do
Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de
Melo – Universidade
Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha –
Instituto Federal do Sudeste
de Minas Gerais

Bruno Ferreira –
Universidade Federal da
Bahia

Caio César Costa Santos –
Universidade Federal de
Sergipe

Carina Alexandra Rondini –
Universidade Estadual
Paulista

Carla Caroline Alves
Carvalho – Universidade
Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner –
Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori –
Universidade Federal de
Pelotas

Cícero Batista do Nascimento
Filho – Universidade Federal
do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva –
Universidade Federal do Rio
Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa
Gomes Bacelar –
Universidade Federal do
Piauí

Daniela de Freitas Lima –
Universidade Federal de
Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas
Bernardo Oliveira –
Universidade Estadual da
Paraíba

Denise Barguil Nepomuceno
– Universidade Federal de
Minas Gerais

Dylan Ávila Alves – Instituto
Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva –
Instituto Federal de
Educação, Ciência e
Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa –
Universidade Estadual do
Ceará

Érica Rios de Carvalho –
Universidade Católica do
Salvador

Fernanda Beatriz Pereira
Cavalcanti – Universidade
Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”





Gabriel Gomes de Oliveira -
Universidade Estadual de
Campinas

Gilberto de Melo Junior -
Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos
- Instituto Brasileiro de
Educação e Cultura

Higor Costa de Brito -
Universidade Federal de
Campina Grande

Isabel Fontgalland -
Universidade Federal de
Campina Grande

Isane Vera Karsburg -
Universidade do Estado de
Mato Grosso

Israel Gondres Torné -
Universidade do Estado do
Amazonas

Ivo Batista Conde -
Universidade Estadual do
Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos
Santos - Universidade
Federal Rural do Rio de
Janeiro

Jessica Wanderley Souza do
Nascimento - Instituto de
Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa
Júnior - Universidade
Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva -
Universidade Federal de
Alagoas

João Vitor Andrade -
Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa -
Instituto Federal do Rio
Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto
- Universidade Estadual da
Paraíba

Jose Henrique de Lacerda
Furtado - Instituto Federal
do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva -
Faculdade Frassinetti do
Recife

Josiney Farias de Araújo -
Universidade Federal do
Pará

Karina de Araújo Dias -
SME/Prefeitura Municipal de
Florianópolis

Katia Fernanda Alves
Moreira - Universidade
Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa
Pereira - Universidade
Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz -
Universidade Católica do
Salvador

Lindon Johnson Pontes
Portela - Universidade
Federal do Oeste do Pará

Lucas Araújo Ferreira -
Universidade Federal do
Pará

Lucas Capita Quarto -
Universidade Federal do
Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque
Soares de Camargo -
Unifacisa Centro
Universitário





Luciana de Jesus Botelho
Sodré dos Santos –
Universidade Estadual do
Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza –
Universidade Federal do
Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de
Souza – Faculdade de
Ciências Humanas do Sertão
Central

Manoel Mariano Neto da
Silva – Universidade Federal
de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira
Eufrazio – Centro
Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de
Souza – Universidade
Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos –
Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva
Santos – Universidade
Federal da Bahia

Marina Magalhães de Moraes
– Universidade Federal do
Amazonas

Mário César de Oliveira –
Universidade Federal de
Uberlândia

Michele Antunes –
Universidade Feevale

Milena Roberta Freire da
Silva – Universidade Federal
de Pernambuco

Nadja Maria Mourão –
Universidade do Estado de
Minas Gerais

Natan Galves Santana –
Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva
Ferreira – Universidade do
Estado do Rio Grande do
Norte

Neide Kazue Sakugawa
Shinohara – Universidade
Federal Rural de
Pernambuco

Neudson Johnson Martinho –
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de
Mato Grosso

Patrícia Appelt –
Universidade Tecnológica
Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais –
Universidade Federal da
Bahia

Paulo Henrique Matos de
Jesus – Universidade Federal
do Maranhão

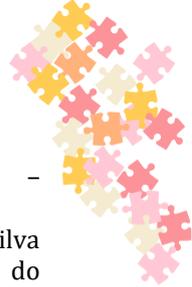
Rafael Rodrigues Gomides –
Faculdade de Quatro Marcos
Reângela Cíntia Rodrigues de
Oliveira Lima – Universidade
Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska –
Universidade Federal de
Lavras

Renan Gustavo Pacheco
Soares – Autarquia do Ensino
Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do
Nascimento – Universidade
de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves
Bastos – Universidade
Federal do Ceará





Rodrigo da Rosa Pereira -
Universidade Federal do Rio
Grande

Sabryna Brito Oliveira -
Universidade Federal de
Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos -
Universidade Estadual do
Ceará

Shirley Santos Nascimento -
Universidade Estadual Do
Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres -
Universidade Federal de
Santa Maria

Silvio de Almeida Junior -
Universidade de Franca

Tatiana Pascholette R.
Bachur - Universidade
Estadual do Ceará | Centro
Universitário Christus

Telma Regina Stroparo -
Universidade Estadual do
Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino -
Universidade Federal do Rio
Grande do Norte

Virgínia Maia de Araújo
Oliveira - Instituto Federal
da Paraíba

Virginia Tomaz Machado -
Faculdade Santa Maria de
Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira -
Miami University of Science
and Technology

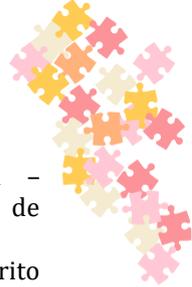
Wanessa Dunga de Assis -
Universidade Federal de
Campina Grande

Wellington Alves Silva -
Universidade Estadual de
Roraima

Yáscara Maia Araújo de Brito
- Universidade Federal de
Campina Grande

Yasmin da Silva Santos -
Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa
Ferreira - Universidade
Federal de Campina Grande





2022 - Editora Ampla
Copyright © Editora Ampla
Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares
Design da Capa: Editora Ampla
Diagramação: Felipe José Barros Meneses

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Práticas de saúde mental em pauta [livro eletrônico] /
organização Juliana Pereira Queiros...[et al.]. -- Campina
Grande : Editora Ampla, 2022.
307 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-5381-030-3

1. Saúde mental. 2. Psiquiatria - Gestão. 3. Acompanhamento
psiquiátrico. I. Queiros, Juliana Pereira. II. Título.

CDD-616.89

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde mental : Psiquiatria 616.89

Editora Ampla
Campina Grande - PB - Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br



Organizadores

Juliana Pereira Queiros

Nutricionista pelo Centro Universitário Estácio do Ceará
Mestranda em Medicina Translacional pela UFC
Especialista em Bioquímica e Biologia Molecular Aplicadas à Área da Saúde pela UECE
Presidente do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.

Vitória de Oliveira Almeida

Nutricionista pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Especialista em Nutrição Clínica Funcional pelo Instituto VP de Nutrição Funcional
Especialista em Nutrição Materno Infantil pela IPGS
Coordenadora da Comissão de Estágios do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
Nutricionista do Ambulatório de Nutrição do Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência
Nutricionista Clínica do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

Ana Patrícia Oliveira Moura Lima

Nutricionista pela Universidade Estadual do Ceará
Doutora em Ciências Morfofuncionais pela UFC
Mestre em Saúde Pública pela UECE
Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fiocruz/Brasília
Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará
Especialista em Gestão Pública pelo Programa Nacional de Administração Pública da UECE
Coordenadora do Escritório de Qualidade do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto- HSM
Docente do curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Francisca Cléa Florenço de Sousa

Professora Titular do Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Bolsista de Produtividade do CNPq, nível 1C
Vice-coordenadora do Programa de Medicina Translacional do Núcleo de Pesquisas e Desenvolvimento de Medicamentos da UFC
Membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Pesquisadora do INCT-Renofito e do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos





*Àqueles que nos inspiram a sermos
melhores profissionais de saúde,
nossos pacientes.*





Prefácio

Esta obra foi inspirada a partir do anseio de compartilhar sobre experiências e vivências da assistência na saúde mental, assim como a gestão no âmbito hospitalar. Os capítulos que constam nesse e-book foram produzidos por profissionais de saúde das áreas da medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia e administração, categorias profissionais que compõem o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM).

O HSM é referência no atendimento em Psiquiatria no Estado do Ceará. A instituição dispõe de emergência 24h para pacientes com transtornos mentais graves e que estejam em crise. Para os pacientes que precisam de internamento, o hospital conta com 180 leitos de internação, sendo 160 para tratamento de pacientes com transtornos mentais gerais e 20 leitos para dependência química. Para os pacientes que não precisam de internação, mas necessitam de acompanhamento especializado, o HSM oferece atendimento ambulatorial psiquiátrico, atendendo crianças, jovens, adultos e idosos. A unidade dispõe, ainda, de dois Hospitais-dia, Elo de Vida, que atende pacientes com dependência química, e Lugar de Vida, voltado para o atendimento aos pacientes com transtornos mentais que apresentam quadro de saúde estável.

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto também se destaca no campo do estudo, pesquisa e formação para profissionais da área de saúde mental. Nesse sentido, surgiu a ideia e a necessidade de organizarmos este e-book com uma proposta



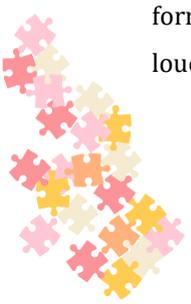


multiprofissional abordando diversas temáticas e perspectivas no âmbito da saúde mental.

O e-book, nesta sua primeira edição, tem como objetivo principal divulgar e discutir as práticas dentro da área de saúde mental a partir do ponto de vista primordialmente da assistência, além de estimular a produção científica. O livro se estrutura em 23 capítulos com temáticas abordadas que abrangem questões relacionadas à gestão da qualidade em saúde mental; educação aplicada ao contexto da saúde mental; enfrentamento dos problemas na saúde mental; inovações no atendimento em saúde mental; atendimento e acompanhamento de pacientes psiquiátricos no contexto hospitalar e segurança do paciente.

Os capítulos que compõem este livro refletem, no campo da saúde mental, o cuidado com a vida. A vida entendida e tratada em sua multifatorialidade e complexidade e, é reconhecendo a magnitude desses que se busca subsídios, para qualificar o cuidado em saúde mental. Além disso, é também pelo compromisso com a busca de soluções, alternativas e inovações que os autores aqui reunidos se dispuseram a compartilhar os dilemas, as análises, as vivências e as experimentações que o complexo campo da saúde mental vem produzindo.

Ainda que tenhamos muito a aprender sobre as práticas de assistência e gestão em saúde mental, os manuscritos presentes neste livro nos revelam o quanto já temos para contar acerca de formas de lidar com esta experiência demasiada humana que é a loucura.





Como organizadoras, ansiamos que essa leitura seja proveitosa e que agregue na trajetória de outros profissionais que, em sua prática, lidam com questões relacionadas à saúde mental.

As organizadoras.

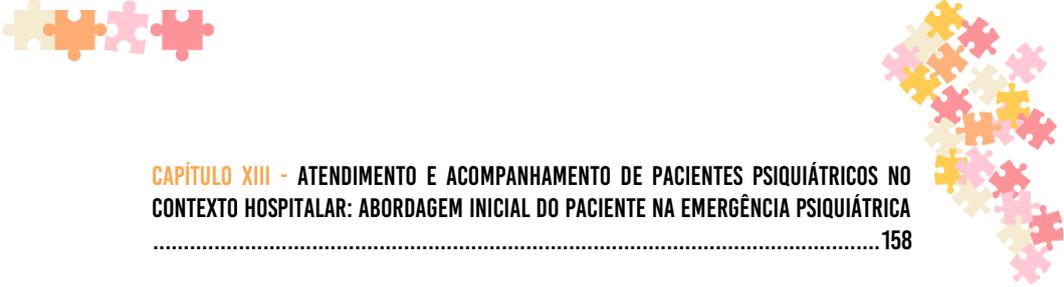




Sumário

CAPÍTULO I - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COMO FERRAMENTA DE CONTROLE SOCIAL	15
CAPÍTULO II - TERAPIAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: RECURSOS PROMOTORES DE SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA	37
CAPÍTULO III - MANEJO DA MANIA AGUDA NA EMERGÊNCIA.....	47
CAPÍTULO IV - PROJETO TINTAS TERAPÊUTICAS NO H.S.M: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ..	62
CAPÍTULO V - HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO: PATRIMÔNIO DA SAÚDE MENTAL TERCIÁRIA NO CEARÁ	73
CAPÍTULO VI - INDICADORES DE QUALIDADE DE CARDÁPIOS EM SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR EM FORTALEZA - CE: UMA ANÁLISE ANTES E DURANTE A PANDEMIA COVID 19	84
CAPÍTULO VII - ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NO CUIDADO FARMACÊUTICO AO PACIENTE IDOSO PSQUIÁTRICO	93
CAPÍTULO VIII - SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR – SAD, UMA SOLUÇÃO VIÁVEL, ADEQUADA E EXEQUIVEL PARA AS REINTERNAÇÕES HOSPITALARES: RELATO DE CASO ...	100
CAPÍTULO IX - RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UMA AÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE COM ÊNFASE NA IMPORTÂNCIA DA LAVAGEM DAS MÃOS.....	107
CAPÍTULO X - MUDANÇAS NO MODELO DE ASSISTÊNCIA A PACIENTES PSQUIÁTRICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	116
CAPÍTULO XI - A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E AUDITORIA PARA AS PRÁTICAS GERENCIAIS HOSPITALARES.....	133
CAPÍTULO XII - ASPECTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO PROLONGADA EM HOSPITAL PSQUIÁTRICO.....	147





CAPÍTULO XIII - ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR: ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	158
CAPÍTULO XIV - TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NA EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA	174
CAPÍTULO XV - PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	193
CAPÍTULO XVI - ABORDAGEM AO PACIENTE COM CATATONIA	212
CAPÍTULO XVII - DESAFIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO	227
CAPÍTULO XVIII - MANEJO DE EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS A DROGAS DE ABUSO	238
CAPÍTULO XIX - GRUPO OPERATIVO NO CUIDADO A PESSOAS TRANS: ESTRATEGIA DE EMPODERAMENTO EM SAÚDE MENTAL	263
CAPÍTULO XX - ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO HOSPITALAR NA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	270
CAPÍTULO XXI - CAMPINHO TERAPÊUTICO, QUADRA TERAPÊUTICA E CANTEIRO TERAPÊUTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	278
CAPÍTULO XXII - ATENDIMENTO A PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS A ÁLCOOL NA SALA DE PRONTO ATENDIMENTO	285
CAPÍTULO XXIII - ORIENTAÇÃO EM SERVIÇO E O PERCURSO FORMATIVO EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ...	300



CAPÍTULO I

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COMO FERRAMENTA DE CONTROLE SOCIAL

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-1

Géssica Naiane Silva Oliveira ¹
Thatiane Nunes da Silva ²
Ana Lysia Mouta da Silva ³

¹ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Ceará - Hospital de Saúde Mental de Messejana

² Assistente Social - Especialista em Cancerologia pelo Instituto do Câncer do Ceará.

³ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Ceará - Hospital de Saúde Mental de Messejana

RESUMO

Este artigo tem como objetivo socializar os resultados da pesquisa de satisfação realizada com os usuários de um hospital psiquiátrico localizado em Fortaleza/CE. O estudo é de natureza exploratória, contou com pesquisa bibliográfica e documental, mediante acesso aos documentos (entrevistas, planilhas e relatórios) realizados pela pesquisadora da instituição. As entrevistas foram aplicadas com pacientes de alta hospitalar nas internações e com usuários dos ambulatórios e hospitais dia, com perguntas objetivas e subjetivas. A coleta de dados ocorreu entre junho e novembro de 2021, com total de 756 entrevistas. O presente estudo contribuiu para conhecer as principais demandas e sugestões dos pacientes da instituição já mencionada, bem como identificar quais mudanças foram feitas visando a melhoria da assistência e serviços.

Palavras-chave: Controle Social. Qualidade da Assistência à Saúde. Satisfação do Paciente.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo foi elaborado por meio de pesquisa bibliográfica e documental dos dados referentes à Pesquisa de Avaliação da Satisfação com os Usuários do Hospital de Saúde Mental, vinculada ao Centro de Estudos e Aperfeiçoamento e Pesquisa da instituição, realizada desde 05 de outubro de 2020. No entanto, o conteúdo aqui abordado é um recorte da pesquisa, realizada no ano de 2021, no período de junho a novembro.

A pesquisa é aplicada mensalmente com pacientes das Unidades de Internação (femininas e masculinas), Unidade de Desintoxicação, Emergência, Ambulatórios de atendimento especializado (infantil e adulto) e Hospitais dia, de acordo com cronograma elaborado anualmente.

Após aplicação dos questionários¹ os dados são tabulados e analisados. Em seguida, são divulgados para o Escritório de Qualidade e encaminhados ao diretor geral da instituição, para conhecimento das demandas dos usuários e realização dos encaminhamentos.

O questionário contempla perguntas que permitem avaliar a qualidade do atendimento oferecido pela instituição, nos aspectos estruturais, incluindo iluminação dos ambientes, pintura, conforto, sinalização e ventilação. Também são avaliadas, a qualidade da

¹ O presente artigo foi elaborado a partir de pesquisa documental mediante acesso aos questionários, relatórios e planilhas da pesquisa de satisfação realizada por um hospital de saúde mental. A autorização foi concedida por assinatura de Termo Fiel Depositário, pelo responsável dos arquivos da instituição, conforme orientado pelo Código de Processo Civil, art 665, inciso IV.

alimentação, a acessibilidade, segurança, limpeza, classificados com os conceitos “bom, regular ou ruim”.

Os pacientes ainda podem utilizar o espaço para sugerir mudanças ou fazer reclamações, por meio de perguntas abertas presentes no formulário. Para a avaliação dos recursos humanos, administrativos e assistenciais são classificados em “ótimo, bom, regular ou ruim”.

Para Cruz e Milleiro (2009), a satisfação dos usuários em serviços de saúde, pode ocorrer quando suas expectativas são atendidas, de modo que as percepções referentes ao serviço utilizado se tornem positivas e os resultados sejam atingidos. As autoras abordam a relevância da construção de sistemas de avaliação, para que os usuários consigam expressar suas opiniões sobre os serviços, no entanto, destacam que na literatura ainda não existe consenso sobre as propostas de avaliação.

No contexto brasileiro, os estudos sobre satisfação dos usuários na área da saúde tiveram influência determinante do contexto da década de 1990, a partir do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do incentivo à participação dos usuários, por meio das instâncias coletivas de controle social. Desse modo, a satisfação dos usuários e o aperfeiçoamento dos serviços passou a ser considerada como meta a ser alcançada (ESPERIDÃO e TRAD, 2006).

Ainda sobre o cenário brasileiro, é interessante destacar que o avanço no reconhecimento dos direitos dos pacientes de

saúde mental, dispostos na Lei Paulo Delgado², têm sido determinantes para o aprimoramento das práticas e pela busca da qualidade dos serviços ofertados. A lei é fruto do movimento de luta antimanicomial, e assegura a garantia da assistência livre de discriminação, com respeito e humanidade (BRASIL, 2001).

Logo, a efetivação dos mecanismos de participação da sociedade é um processo ainda em construção, que envolve questões como consciência política, exercício da cidadania e construção da democracia. Requer, para tanto, a participação de todos os protagonistas desse processo.

Dessa forma, a participação dos usuários de um hospital de saúde mental apresenta-se também como ferramenta de controle social, tendo em vista serem sujeitos fundamentais no desenvolvimento do SUS, aqui entendido como política pública universal, incumbido de prestar uma atenção integral à população.

O presente estudo visa, portanto, avaliar quantitativamente e qualitativamente a assistência prestada por um hospital psiquiátrico onde são pesquisados alguns dos fatores determinantes e predisponentes da satisfação/insatisfação do usuário por meio de entrevistas aplicadas com pacientes de alta hospitalar nas internações e com usuários dos ambulatórios e hospitais dia, com perguntas objetivas e subjetivas. Com isso, busca-se conhecer as principais demandas e sugestões dos

² Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

usuários da instituição já mencionada, bem como identificar quais mudanças foram feitas visando a melhoria da assistência e serviços.

2. METODOLOGIA

O percurso metodológico deste estudo, entendendo-o como “um procedimento ou caminho para alcançar determinado fim” (PRODANOV, FREITAS, 2013), ancorou-se em pesquisa bibliográfica e documental. Além disso, contou com abordagens quantitativa e qualitativa, aportadas sob o materialismo histórico dialético.

Os dados utilizados para a elaboração desta contribuição teórica foram extraídos da Pesquisa “Avaliação da Satisfação do Usuário” de um Hospital de Saúde Mental. O estudo realizado mensalmente, faz parte de uma requisição da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA/CE), firmada em reunião específica entre gestores, junto a todos os hospitais que integram a rede de saúde do estado. Seu objetivo é de que tais serviços sejam avaliados a fim de “possibilitar a percepção sobre a qualidade e a efetividade da atenção à saúde no Estado” (BRASIL, 2019, p. 7).

Conforme relatórios de divulgação dos dados mensais apresentados à gestão da unidade hospitalar já mencionada, a Pesquisa de Satisfação foi realizada com os usuários das unidades de internação que receberam alta hospitalar (melhorada ou a pedido), além daqueles atendidos ambulatorialmente e nos hospitais dia. Aqui, analisamos as informações obtidas por meio dos registros da pesquisa, no período de junho a novembro de 2021

onde, no total, foram entrevistadas 756 pessoas, conforme mostra a tabela 1.1.

Tabela 1.1 - Quantidade de usuários entrevistados por mês

Mês	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Total
Entrevistados	99	120	122	104	159	152	756

Fonte: Pesquisa documental da instituição

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário aplicado por profissional pesquisadora de nível superior. O instrumento contém perguntas fechadas e abertas que contemplam aspectos relacionados à qualidade do serviço, condições estruturais e recursos humanos, que serão abordados no tópico a seguir.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Constatamos que, no período aqui analisado, dentre os 756 participantes, a idade variou entre 3 a 75 anos, sendo a média 37,42 anos e a mediana 37 anos; 51,1% dos respondentes se identificam com o gênero masculino e 48,9% feminino; 61% são provenientes da capital fortalezense, 14,3% da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), 23,8% de municípios do interior do Ceará e 0,9% de outros estados.

Sobre a distribuição de entrevistados por setores da instituição, 13,1% **Unidade I**; 9,8% **Unidade II**; 25,4% **Unidade III**; 13,6% **Unidade IV**; 1,1% **Unidade de Desintoxicação**; 9,0% **Ambulatório Adulto**; 4,2% **Núcleo de Atenção à Infância e**

Adolescência; 2,0% Hospital dia (Psiquiatria); 3,0% Hospital dia (Dependência química) e 18,8% na Emergência.

3.1. AMBIENTE DE ATENDIMENTO

Sobre a avaliação do espaço, entendido como as condições de iluminação, temperatura, conforto, sinalização para setores e serviços, percebemos, de acordo com a tabela 1.2, que o nível de satisfação é alterado de acordo com o espaço avaliado.

Tabela 1.2 - Avaliação do ambiente

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	76,8%	77,5%	80,3%
Regular	19,2%	20,8%	15,6%
Ruim	4,0%	1,7%	4,1%

Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	88,5%	76,1%	80,3%
Regular	8,7%	14,5%	7,9%
Ruim	2,9%	9,4%	11,8%

Fonte: Pesquisa documental da instituição

De modo geral, os pacientes solicitam melhores condições estruturais, tais como, reforma e pintura dos ambientes, com o objetivo de possibilitar espaços mais acolhedores. Nas unidades, os

pacientes citam a revitalização e arborização dos pátios para possibilitar uma melhor socialização entre os pacientes.

Na emergência, as reclamações com relação à estrutura são bem presentes. Os entrevistados solicitam ampliação do espaço, climatização do ambiente e separação da unidade por gênero, tendo em vista o receio de vivenciar algum tipo de violência, principalmente com relação ao banheiro, que é compartilhado entre pacientes e acompanhantes: “Sentimos medo, a porta não tem tranca e entendo que não pode, mas você fica com medo de chegar alguém e abrir, fica com medo de acontecer algo, podiam construir mais banheiros, pois só tem um” (paciente entrevistada na Emergência).

3.2. ACESSIBILIDADE

Dentre os meses avaliados, o presente tópico apresenta o nível de satisfação mais baixo em comparação com os demais (vide tabela 1.3). Os entrevistados sinalizam que a adaptação do hospital precisa melhorar em todos os ambientes pesquisados, com o objetivo de garantir o direito à acessibilidade. Os pacientes citam a construção de mais rampas, manutenção do elevador (ambulatório adulto), adaptação do chão (piso tátil e anti-derrapante) e dos banheiros. As falas destacam que os pacientes vão apresentar dificuldade para transitar nos espaços e que nas condições estruturais atuais, é necessário a presença de um acompanhante.

Tabela 1.3 - Avaliação da Acessibilidade

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	39,4%	40%	42,6%
Regular	31,3%	32,5%	27%
Ruim	29,3%	27,5%	30,3%

Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	53,8%	47,2%	55,3%
Regular	26%	28,3%	19,7%
Ruim	20,2%	24,5%	25%

Fonte: Pesquisa documental da instituição

3.3. SEGURANÇA

Nesse tópico, é possível observar na tabela 1.4 que em todos os ambientes entrevistados o nível de satisfação positiva “bom” foi elevado. Os aspectos referentes à segurança dentro da instituição demonstram uma avaliação positiva, no entanto, os pacientes salientam os aspectos que podem ser melhorados. Dentre eles, são apontados contratação de mais profissionais, reforço e atualização dos protocolos de segurança para a prevenção de furtos e evasões na instituição.

Os interlocutores também sinalizam a importância do treinamento constante das equipes para realização de contenções, observando as orientações dos protocolos institucionais, de modo a garantir a segurança e integridade física dos pacientes.

Tabela 1.4 - Avaliação da segurança

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	75,8%	76,7%	83,6%
Regular	14,1%	11,7%	5,8%
Ruim	10,1%	11,7%	11,5%

Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	82,7%	88,7%	84,2%
Regular	5,8%	1,9%	8,6%
Ruim	11,5%	9,4%	7,2%

Fonte: Pesquisa documental da instituição

3.4. ACOMODAÇÕES

Já na tabela 1.5, por meio da análise das porcentagens, é possível identificar elevação do nível de satisfação no tópico aqui abordado. De forma geral, os pacientes solicitam garantia de ventiladores em todas as enfermarias, ar-condicionado nas salas de atendimento, constante manutenção de aparelhos sanitários,

descargas, chuveiros, pias, bebedouros, garantia de papel higiênico, sabão e/ou álcool em gel nos banheiros, aspecto bastante abordado, tendo em vista que a pesquisa foi aplicada durante o período de pandemia.

Tabela 1.5 - Avaliação das acomodações

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	63,6%	43,3%	67,2%
Regular	23,2%	39,2%	25,4%
Ruim	13,1%	17,5%	7,4%
Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	81,7%	64,2%	77%
Regular	10,6%	16,4%	15,8%
Ruim	7,7%	19,5%	7,2%

Fonte: Pesquisa documental da instituição

Nas unidades de internação masculina é comum a solicitação de banheiros exclusivos para acompanhantes do gênero feminino, visando a garantia da privacidade e segurança das mesmas dentro da instituição hospitalar. As acompanhantes relatam que durante o período da noite não conseguem usar o banheiro dentro da unidade e necessitam se deslocar até o banheiro que fica próximo à recepção do hospital: “fica muito

distante e tudo escuro, sinto medo” (sic), relatou uma acompanhante.

3.5. LIMPEZA

De forma geral, os entrevistados elogiam e avaliam positivamente o trabalho da equipe de higienização (ver tabela 1.6). No entanto, ressaltam que são poucos profissionais para a quantidade de demanda, tendo em vista que alguns pacientes se encontram desorientados e não contribuem com a manutenção da limpeza. Já as reclamações apontam a necessidade de higienização mais constante de banheiros, quartos, colchões e bebedouros.

Tabela 1.6 - Avaliação da limpeza

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	87,9%	90%	88,5%
Regular	10,1%	10%	8,2%
Ruim	2%	-	3,3%

Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	89,4%	87,4%	92,8%
Regular	7,7%	10,7%	2,6%
Ruim	2,9%	1,9%	4,6%

Fonte: Pesquisa documental da instituição

3.6. ALIMENTAÇÃO

Nesse tópico não são contabilizadas as avaliações dos pacientes atendidos nos ambulatórios, tendo em vista que estes não acessam a alimentação durante o período de espera pelas consultas. Sendo assim, estão identificados na tabela 1.7 como “não se aplica”. Sobre a alimentação, é possível perceber que a avaliação não atinge o percentual de satisfação ideal na maioria dos meses analisados, que é de 80%. Acreditamos que o fato tem relação com as sugestões e reclamações destacadas pelos pacientes no momento da entrevista.

As falas de insatisfação abordaram principalmente a repetição do cardápio. Os pacientes apresentaram como sugestão a disponibilização de outras opções de proteína (frango e peixe), devido a repetição de carnes vermelhas nas refeições.

Em segundo, os pacientes sugeriram a inclusão de feijão nas refeições, em falta no cardápio desde março de 2021. Em menor número, também foram sugeridas a troca do tempero da comida, incorporação de vegetais, frutas, outras opções de jantar e a quantidade de alimentos fornecidos.

Tabela 1.7 - Avaliação da alimentação

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	75,8%	78,3%	60,7%
Regular	23,2%	15,8%	8,2%
Ruim	1%	5,8%	4,9%
Não se aplica	-	-	26,2%

Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	83,7%	76,7%	45,4%
Regular	14,4%	13,8%	4,6%
Ruim	1,9%	9,4%	7,9%
Não se aplica	-	-	42,1%

Fonte: Pesquisa documental da instituição

3.7. VESTIMENTAS

Nos resultados desse tópico não estão incluídas a avaliação dos pacientes do hospital dia psiquiátrico e dos ambulatórios, por não utilizarem vestimentas padronizadas da instituição. Diante disso, na tabela 1.8, as porcentagens referentes a estes participantes, estão identificadas como “não se aplica”. As falas dos pacientes destacam que geralmente a quantidade de roupas oferecidas é insuficiente para o total de usuários internados. Alguns

sujeitos também demonstraram insatisfação com os tamanhos das roupas disponibilizadas. Em específico as pacientes do gênero feminino, solicitam a disponibilização de peças íntimas e absorventes, devido ao ciclo menstrual.

Tabela 1.8 - Avaliação das vestimentas

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	74,7%	76,7%	50%
Regular	12,1%	17,5%	15,6%
Ruim	4%	5,8%	27,9%
Não se aplica	9,1%	-	6,6%

Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	60,6%	91,2%	46,7%
Regular	9,6%	6,9%	4,6%
Ruim	15,4%	1,9%	7,2%
Não se aplica	14,4%	-	41,4%

Fonte: Pesquisa documental da instituição

3.8. ATENDIMENTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA (PORTARIA, SAME, RECEPÇÃO, SERVIÇOS GERAIS)

No que diz respeito ao atendimento dos profissionais da

área administrativa, a maioria dos entrevistados avaliou os serviços positivamente, como pode ser observado na tabela 1.9. Alguns pacientes aproveitaram a entrevista para reclamar da postura de alguns profissionais. Um dos entrevistados afirmou que percebe desprezo e distinção de tratamento dependendo do paciente, por parte de alguns profissionais.

As principais sugestões identificadas nas falas dos pacientes foram: aumentar a equipe de limpeza (unidades); mais atenção na entrada do hospital; melhorar comunicação entre equipe e paciente; reforço da segurança e melhoria da técnica nas contenções.

Tabela 1.9 - Avaliação do atendimento administrativo

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	89,9%	91,7%	90,2%
Regular	10,1%	7,5%	7,4%
Ruim	-	0,8%	2,5
Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	94%	91,8%	96,7%
Regular	3,8%	6,9%	2%
Ruim	-	1,3%	-

Fonte: Pesquisa documental da instituição

3.9. AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OFERTADA (ASSISTENTES SOCIAIS, FARMACÊUTICOS, NUTRICIONISTAS, PSQUIATRAS, MÉDICOS CLÍNICOS, PSICÓLOGOS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, FISIOTERAPEUTAS, ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM).

Sobre a qualidade do atendimento da equipe assistencial (ver tabela 1.10), foi possível perceber que as falas destacaram como principal insatisfação, o atendimento dos “enfermeiros e técnicos”. De modo geral, os pacientes das unidades solicitam mais paciência ao fornecer informações, mais gentileza e amor no cuidado.

A terapia ocupacional, durante o período estudado, também foi citada com frequência. Os pacientes solicitam a oferta de mais atividades, levando em consideração o período ocioso que passam nas unidades. Também sugerem atividades com “mais finalidade” (sic.), como indicou um usuário: “eu acho as atividades voltadas para o público infantil”. De acordo com outra entrevistada, a atividade tem que ter objetivo “a gente podia sair daqui com alguma formação pro mercado de trabalho, algum curso que a gente tenha interesse em fazer” (entrevistada da unidade feminina).

Em específico dos ambulatórios, os pacientes solicitam a contratação de mais psicólogos, levando em consideração a relevância do acompanhamento terapêutico associado ao tratamento medicamentoso. De modo geral, os pacientes solicitam atendimentos com mais atenção e humanidade.

Tabela 1.10 - Avaliação da assistência

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	92,9%	91,7%	91%
Regular	6,1%	6,7%	8,2%
Ruim	1%	1,7%	0,8%

Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Bom	92,3%	79,9%	95,4%
Regular	7,7%	17,6%	3,3%
Ruim	-	2,5%	-

Fonte: Pesquisa documental da instituição

3.10. AVALIAÇÃO GERAL DA INSTITUIÇÃO

Nesse tópico da entrevista, a instituição de saúde é avaliada de maneira geral pelo paciente, incluindo todos os aspectos citados anteriormente. Diferente dos demais tópicos, esse inclui mais um quesito: “ótimo”. Dessa forma, a porcentagem da avaliação geral é obtida por meio da soma dos quesitos “ótimo e bom”, com meta a ser alcançada de 80%.

Na tabela 1.11, é possível constatar que no mês de outubro a instituição não atingiu o nível de satisfação desejado, acreditamos que o fato se deve ao ambiente em que a pesquisa foi aplicada, no caso, a emergência. Devido ao elevado número de internações e

estrutura do local, os pacientes costumam demonstrar maior nível de insatisfação do que nos demais serviços do hospital.

Tabela 1.11 - Avaliação Geral

Mês	Junho	Julho	Agosto
Local	Unidades e Hospitais Dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Ótimo	38,4%	41,7%	39,3%
Bom	43,4%	40%	41%
Regular	16,2%	15%	15,6%
Ruim	2%	3,3%	4,1%
Soma da Avaliação Geral	81,8%	81,7%	80,3%

Mês	Setembro	Outubro	Novembro
Local	Unidades e Hospitais dia	Unidades e Emergência	Unidades e Ambulatórios
Ótimo	39,4%	22%	42,1%
Bom	43,3%	57,2%	45,4%
Regular	15,4%	16,4%	9,9%
Ruim	1,9%	4,4%	2,6%
Soma da Avaliação Geral	82,7%	79,2%	87,5%

Fonte: Pesquisa documental da instituição

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da avaliação da satisfação, a instituição *lócus* desse estudo implementou alguns incrementos em seus serviços, como: a manutenção na entrada do hospital iniciada em dezembro de 2021, vislumbrando melhoria na acessibilidade; disponibilização de curso de iniciação ao desenho e à pintura para pacientes e profissionais, atendendo a pedidos de mais atividades de combate ao ócio durante a internação; a volta da oferta de frango e feijão no cardápio, após várias reclamações proferidas pelos usuários; os protocolos de contenção de pacientes, atualmente, estão em processo de revisão e parte da equipe de enfermagem já passou por um novo treinamento para uma melhor abordagem aos pacientes em crise; manutenção estruturais nas unidades de internação (conserto de chuveiros, vasos sanitários, pias etc).

Com base no exposto, constatamos que a avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde é uma importante ferramenta de controle social, pois por meio desta tais sujeitos encontram espaço para expressar seus descontentamentos, registrar elogios e contribuir com sugestões de melhorias.

Por outro lado, este documento também se apresenta como um efetivo instrumento de gestão, pois, de acordo com estudos prévios apresentados por Esperidião e Trad (2006), alcançando-se um alto nível de satisfação, os serviços de saúde passam a contar com usuários mais colaborativos ao tratamento. Além disso, as instituições conseguem identificar os pontos que

necessitam de melhorias para, assim, seguir em busca de seu aperfeiçoamento.

Ademais, a pesquisa se apresenta como uma importante ferramenta de protagonismo para uma população que historicamente foi estigmatizada, que são as pessoas com transtornos mentais, fortalecendo assim, a identidade dessa parcela diante da sociedade de modo geral. Portanto, este trabalho favorece o desenvolvimento de ações voltadas para potencializar a “voz” desses sujeitos, para que eles próprios tenham possibilidade de lutar por suas bandeiras e possam exercer o protagonismo e autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.** Brasília, DF. Presidência da República. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 11 de jan de 2022.

BRASIL. LEI nº 5.869 de 11 de Janeiro de 1973. **Institui o código de processo civil**, art 665, inciso IV, subseção III da penhora e do depósito. Brasília, DF. Presidência da República. 1973. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91735/codigo-processo-civil-lei-5869-73#art-665>>. Acesso em: 17 de jan de 2022.

CEARÁ. **Plataforma de modernização da saúde.** Fortaleza, 2019. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/plataforma_de_modernizacao_da_saude_13_08_2019.pdf>. Acesso em: 13 de jan de 2022.

CRUZ Wilma, MELLEIRO, Marta. **Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado.** Rev Esc de Enferm USP.2010;44(1):147-53. Acesso em 10 de jan de 2022.

ESPERIDIÃO Monique, TRAD Leny. **Avaliação de satisfação dos usuários: considerações teórico-conceituais.** Cad. Saúde Pública, Rio Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006. Acesso em 10 de jan de 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição.** Editora Feevale, 2013.

CAPÍTULO II

TERAPIAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: RECURSOS PROMOTORES DE SAÚDE MENTAL EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-2

Yzy Maria Rabelo Câmara ¹
Analía Verónica Losada ²

¹ Psicóloga e Assistente Social, Doutoranda em Psicologia Social (UK), Mestrado em Saúde Pública (UFC);

² Psicopedagoga - Licenciada em Psicología y Doctora en Psicología (Pontificia Universidad Católica Argentina), Pos Doctorado en Psicología, Vicedecana de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales (UFLO Universidad).

RESUMO

Introdução: Este artigo é resultante da pesquisa de campo da Tese Doutoral *Terapias Integrativas e Complementares com Psicóticos que Demandam Internação Psiquiátrica*, autorizada pelo CEAP/HSM e aprovada pela Plataforma Brasil, sob número de CAAE - 15158319.0.0000.5051. Objetivou-se fazer uma intervenção em Terapias Integrativas e Complementares com mulheres internadas no hospital público de referência em saúde mental terciária do estado do Ceará. **Metodologia:** Utilizou-se grupos de intervenção em Terapias Integrativas e Complementares (Aromaterapia, Meditação Guiada, Reflexologia Palmar e Musicoterapia) e entrevistas semiestruturadas entre 2019 e 2020. **Resultados:** O estudo teve como relevância a possibilidade de prover maior qualidade de vida e bem-estar multidimensional para psicóticas, no instante em que estavam hospitalizadas. Intenciona-se que a continuação deste trabalho interventivo possa complementar o tratamento multiprofissional como também impactar no redirecionamento de melhores práticas institucionais.

Palavras-chave: Psicose. Saúde Mental Terciária. Terapias Integrativas e Complementares.

1. VIVÊNCIA NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

A saúde mental terciária foi incorporada à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um de seus sete eixos através da Portaria 3.088 de 2011, dada sua importância reconhecida para o tratamento dos quadros clínicos severos e críticos que compõem os casos de emergência psiquiátrica. (BRASIL, 2011). Atualmente, a internação tem por objetivo controlar e eliminar os sintomas do surto psicótico e fazer a pronta contra referência aos serviços especializados da atenção secundária em saúde mental, no instante da alta melhorada do sujeito. Esta ação é distinta do modelo asilar de assistência que se perpetuou no Brasil nos anos de 1852 até a década de 1980, conforme Cunha (2013).

Câmara (2011) e Barbosa *et al* (2021) apontam que, na vivência hospitalar, o sujeito é afastado de suas referências cotidianas, familiares e sociais, de modo voluntário, involuntário ou compulsório. Há uma quebra abrupta da homeostase existencial pré-mórbida e uma perda temporária de sua autonomia diante das regras e rotinas institucionais. Imerso neste contexto, o tempo tende a passar morosamente, segundo Câmara, Campos e Câmara (2013), surgindo então o grande desafio profissional de criar recursos terapêuticos para o preenchimento da ociosidade e dos sentimentos de impotência, solidão, tristeza, impaciência e revolta.

As Terapias Integrativas e Complementares também conhecidas como Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS), foram pensadas como estratégias de ocupação do tempo ocioso de pacientes que demandam internação psiquiátrica e

melhor adaptação ao processo de hospitalização, visando a prevenção, a promoção da saúde e a qualidade de vida através do cuidado continuado, holístico e humanizado, a partir de Barbosa *et al* (2021) e Ferreira *et al* (2020).

Surgida após um longo movimento de debates nacionais e internacionais sobre as mais variadas racionalidades médicas e embasada nas diretrizes preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), foi aprovada pelo Ministério da Saúde e regulamentada através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, contemplando, a princípio, 5 terapêuticas. Infelizmente sua legitimação pelo SUS ocorreu de modo tardio, apenas em 2017, com a publicação da Portaria nº 849 do Ministério da Saúde que, somada em 2018 à Portaria nº 702, foram totalizadas 29 terapias legalizadas pelo sistema público de saúde: Acupuntura, Antroposofia, Afiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Dança Circular, Fitoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de Mãos, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Florais, Termalismo e Crenoterapia e Yoga, de acordo com Lemos (2018), Menezes, Carmo y Câmara (2018), Dorneles *et al* (2020), Ferraz *et al* (2020), Ferreira *et al* (2020) e Mouta *et al* (2021).

Cada cultura tende a ter sua Medicina Tradicional própria, que objetiva a prevenção de doenças e a busca de bem-estar por meio de saberes populares ancestrais, como afirma Lemos (2018).

É lícito pontuar que, embora a PNPIC (2006) tenha representado notável avanço e ganho para as práticas de cuidado, lamentavelmente negou os saberes indígena e de matriz africana de tratamento e cura. O mesmo não ocorreu com vários países da América Latina como Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, México, Nicarágua e Peru, que não apenas valorizaram como também incorporaram a sabedoria popular nas inúmeras legislações que compõem seus sistemas de saúde. (BVS, 2021).

2. METODOLOGIA

Esta investigação foi desenvolvida após a submissão e aprovação do projeto *Terapias Integrativas e Complementares com Psicóticos que Demandam Internação Psiquiátrica* pelo CEAP/HSM através da Carta de Anuência (Pesquisa nº 23/2018) e do Termo de Ciência e Concordância (Pesquisa nº. 23/2018) e pela Plataforma Brasil, sob número de CAAE-15158319.0.0000.5051. Conforme Câmara, Losada y Câmara (2019), foi uma pesquisa de campo, transversal, qualitativa e focada na saúde mental. O público-alvo foi composto por 30 psicóticas de uma Unidade de Internação que aceitaram colaborar com as atividades terapêuticas e com as entrevistas, após o conhecimento dos objetivos e metodologia da pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), à luz de Losada (2014). Utilizou-se como critério de exclusão as participantes que não aceitaram contribuir com a investigação por decisão própria ou que estavam muito alteradas em suas funções psíquicas ou que receberam alta

melhorada e deixaram a instituição antes do final do processo de intervenção.

O percurso metodológico compreendeu três etapas: vinculação terapêutica com observação participante e anotações dos aspectos verbais e não-verbais nos diários de campo, aplicação das Terapias Integrativas e Complementares e, por último, coleta das entrevistas semiestruturadas em conformidade com o pensamento de Rueda-Mateos (2020). Todas as narrativas foram gravadas e devidamente transcritas após concordância expressa de cada colaboradora.

O método de análise dos dados das entrevistas foi o de Narrativas, de acordo com Gravett (2019) e o período de execução das atividades de campo foi de abril de 2019 até março de 2020, quando precisaram ser interrompidas tanto por terem atingido o ponto de saturação, como por respeito aos protocolos sanitários para o enfrentamento da Covid-19. Por fim, foram cumpridos todos os critérios éticos preconizados na Resolução MS nº 466/2012. (BRASIL, 2012).

Em relação às práticas integrativas e complementares, foram utilizadas Aromaterapia, Meditação Guiada e Reflexologia Palmar, pelo fato da autora ter formação técnica nestes campos de saber, por serem viáveis à aplicação no ambiente psiquiátrico e, principalmente, por não gerarem conflitos de interesse com as terapêuticas multidisciplinares e psicofármacos utilizadas na Unidade de Internação estudada, embora a mesma também seja habilitada em Reiki, Radiestesia, Ventosaterapia, Moxabustão e Terapia de Florais. Houve ainda sessões semanais do grupo

musicoterápico *Timbres do Som*, feitas pela psicóloga e musicoterapeuta do HSM, Ré Campos, onde a autora participou como expectadora das atividades desenvolvidas.

3. RESULTADOS

No decurso da pesquisa de campo, foi possível perceber o quanto as atividades terapêuticas integrativas e complementares foram promotoras de bem-estar pela livre expressão dos sentimentos, assim como sinergia, pertencimento social, espaço de acolhida das inúmeras demandas anímicas de medo, de solidão, de angústias, de tristezas e de inconformidade com a cronicidade, além do sentimento de preenchimento de vazios emocionais e do estímulo ao autocuidado.

Evidenciou-se inclusive o fortalecimento de vínculo não apenas em relação à aliança, como também à melhoria da convivência com as outras pacientes internadas. Os recursos terapêuticos promoveram redução dos quadros de agitação psicomotora, agressividade, ansiedade em relação à alta e, segundo as mesmas, o bem-estar permaneceu em momentos posteriores mesmo após o término das atividades, possibilitando melhoria na evolução clínica.

As Práticas Integrativas e Complementares utilizadas neste estudo não visaram intervir nos planos terapêuticos que a equipe multidisciplinar traçou para cada colaboradora, mas sim buscar complementar ações geradoras de integralidade e humanização do cuidado, como pode ser constatado em Dorneles *et al* (2020),

Ferreira *et al* (2020), Mouta *et al* (2021) e Pereira, Rech y Morini (2021).

4. CONCLUSÃO

A inserção das Práticas Integrativas e Complementares no contexto sanitário atual representa uma estratégia complementar à Medicina científica, e visa propor um modelo de atenção à saúde pautado na união de saberes e vivências de tratamento e cura. Compreendemos que a utilização das Terapias Integrativas e Complementares no ambiente hospitalar torna-se relevante no instante em que favorece a ocupação do tempo ocioso com recursos simples, baratos e não invasivos, que facilitam a expressão de sentimentos dos pacientes e o autocuidado, diminuindo-lhes as emoções de solidão, tristeza, raiva, frustração e afins à luz de Menezes, Carmo y Câmara (2018) e Mouta *et al* (2021). Tais tecnologias leves podem favorecer uma melhor adesão ao plano terapêutico multidisciplinar e, conseqüentemente, menor tempo de internação, menores custos hospitalares e reintegração mais breve ao território de origem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, S. dos S. P.; SOUZA, J. B. de; KONRAD, A. Z.; POTRICH, T.; VITALLE, M. S. de S.; HEIDAMANN, I. T. S. B; BRUM, C. N. de. Music during hospitalization to promote health: meanings of children and adolescents undergoing cancer treatment. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e310101018822, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. °10.216**, de 06 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, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088** de 2011. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466 /2012, Brasília, 2012.

BVS. **Regulações e Políticas em MTCI**. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Acessível em: www.mtci.bvsalud.org/pt/entendendo-as-mtci/Espaol; <http://leg.msal.gov.ar/>. Acessado em 08 de janeiro de 2022.

CÂMARA, Y.M.R; LOSADA, A.V.; CÂMARA, Y.R. Vivência do transtorno mental sob a ótica do cuidador. **Anais**. XIX Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa, UNIFOR, Fortaleza, p. 1-6, 16 a 18 de outubro de 2019.

CÂMARA, Y. M. R.; CAMPOS, M. R. M; CÂMARA, Y. R. Musicoterapia como recurso terapêutico para a saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n.12, p. 94 -117, 2013.

CÂMARA, Y. M. R. Percepção, vivência e enfrentamento do sofrimento psíquico em crianças usuárias de CAPS infantil. 124p. **Dissertação** (Mestrado). Orientador: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral. Programa de Mestrado em Saúde Pública, do Centro de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, 2011.

CUNHA, C. de M. S. A fundação da Casa de Saúde Santa Teresa em Crato-CE (1970): história local, médicos e políticas públicas para a área psiquiátrica. **Dissertação** (Mestrado). Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa Venancio. Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

DORNELES, F. C.; SCHLOTFELDT, N. F.; FRANÇA, P. M.; MORESCHI, C. Nursing and Integrative and Complementary Health Practices: An Integrative Review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e445997446, 2020.

FERRAZ, I. S.; CLIMACO, L. C. C.; ALMEIDA, J. dos S., ARAGÃO; S. A., REIS; L. A. dos; MARTINS FILHO, I. E. Expansão das práticas integrativas e complementares no brasil e o processo de implantação no sistema único de saúde. **Enfermería Actual de Costa Rica**, v. 38, p. 196-208, 2020.

FERREIRA, S. K. S.; CUNHA, I. P. da.; MENEGHIM, M. de C. Y CHECCHI, M. H. R. de. Política nacional de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde. **Revista FAIPE**, v. 10, n. 1, p. 21-39, 2020.

GRAVETT, K. Story Completion: Storying as a Method of Meaning-Making and Discursive Discovery. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 18, p. 1-8, 2019.

LEMONS, C. da S.; RODRIGUES, A. G. L.; QUEIROZ, A. C. de C. M.; GALDINO, H.; MALAQUIAS, S. G. Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: revisão integrativa da literatura. Colômbia, **Chía**, v. 18, n. 3, CHÍA, 2018.

LOSADA, A. V. Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. 159-167. In: B. Kerman, & M. R. Ceberio (Comps.). **En búsqueda de las ciencias de la mente**. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica. Buenos Aires: Ediciones Universidad de Flores, 2014.

MENEZES, D. K. L. de.; CARMO, M. C. N. do; CÂMARA, Y. M. R. Terapias integrativas e complementares no tratamento do transtorno bipolar. 293-301. Capítulo 21. In: **Transtorno bipolar: conceitos clínicos e abordagens terapêuticas**. Souza, F.G. de M. e colaboradores. Fortaleza: Premium Gráfica e Editora, 2018.

MOUTA, R. J. O.; DUTRA, R. da R.; MATOS, G. da S. R. de.; SILVA, S. C. de S. B.; MEDINA, E. T.; CARINHANHA, J. J.; LOPES, F. M. do V. M.; FREIRE, R. P. As práticas integrativas e complementares em saúde e

a qualidade de vida de idosos: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 4, n. 4, p. 18356-18375, 2021.

PEREIRA, L. F.; RECH, C. R.; MORINI, S. Autonomia e práticas integrativas e complementares: significados e relações para usuários e profissionais da atenção primária à saúde. Botucatu, **Interface**, v. 25, p. 18-25, 2021.

RUEDA-MATEOS, A. A favor de la narrativa como metodología para el estudio de lo social. **Hachetetepé**. Revista científica de Educación y Comunicación, v.21, p. 3-14, 2020.

CAPÍTULO III

MANEJO DA MANIA AGUDA NA EMERGÊNCIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.PSM303.1122-3

Samuel Vieira Pinho Neto¹
Valéria Portela Lima²
Giselle Castro de Abreu³
Matias Carvalho Aguiar Melo⁴

¹ Médico - Residente de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Médico - Residente de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Médico - Residente de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Médico Psiquiatra - Doutor em Ciências Médicas, Professor da Universidade de Fortaleza

RESUMO

O Transtorno Bipolar (TB) é um transtorno crônico que, muitas vezes, causa comprometimento funcional, cognitivo e redução da qualidade de vida. Nos quadros mais graves de humor, podem estar presentes sintomas psicóticos, como delírios e alucinações. Mais de 1% da população mundial é afetada pelo TB, representando uma das principais causas de prejuízo funcional entre os jovens. A prevalência do TB tipo I ao longo da vida varia entre 0,6 e 2%, com média de 1%, e o tipo II entre 0,4 e 2,4%, com média de 1,6%. Os países possuem importantes diferenças de acesso aos serviços de saúde mental, tornando o manejo do TB difícil em países de baixa renda por menor acessibilidade ao serviço de saúde. O paciente em mania aguda pode apresentar um estado grave de agitação, quadro particularmente frequente em pacientes que têm sintomas mistos. A agitação pode manifestar-se como inquietação, em casos leves, a comportamentos não cooperativos, ameaçadores, ou agressivos, em casos graves. Sintomas graves de agitação requerem atenção imediata, a fim de reduzir o sofrimento, mitigar comportamento potencialmente perigoso e permitir uma avaliação dos sintomas maníacos subjacentes. Uma etapa fundamental no tratamento da agitação é preveni-la ou, pelo menos, atenuar sua gravidade, tratando rapidamente o episódio maníaco causador. Uma avaliação

abrangente do paciente agitado é necessária para determinar um medicamento seguro e a dose adequada. Deve-se ter cautela no controle da agitação em populações especiais, como em idosos, pacientes em condições clínicas instáveis ou pacientes intoxicados por substâncias. Nesses casos, doses menores, intervalos maiores e monitoração mais rigorosa dos sinais vitais são necessários. Dessa forma, é proposto as evidências mais relevantes em relação ao manejo de mania aguda na emergência. A reavaliação e a continuidade dos cuidados são necessárias para controle dos sintomas e evitar nova agitação.

1. INTRODUÇÃO

Uma condição denominada *folie circularie* foi descrita por Jules Falret, em 1854, na qual os indivíduos portadores apresentavam estados de humor alternados, chamados de depressão e mania. Karl Kahlbaum (1882) usou o termo ciclotimia para descrever mania e depressão como estágios de um mesmo transtorno. Emil Kraepelin (1899) descreveu a maioria dos critérios que os psiquiatras utilizam atualmente para estabelecer o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I, chamando esse transtorno de psicose maníaco-depressiva (SADOCK, SADOCK, e RUIZ, *et al.*, 2017).

O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por recorrência de episódios de mania/hipomania e depressão com normalidade afetiva entre os episódios (LAFER *et al.*, 2021). É um transtorno crônico que, muitas vezes, causa comprometimento funcional, cognitivo e redução da qualidade de vida (GRANDE *et al.*, 2016). Nos quadros mais graves de humor, podem estar presentes sintomas psicóticos, como delírios e alucinações (LAFER *et al.*, 2021).

Mais de 1% da população mundial é afetada pelo TB, representando uma das principais causas de prejuízo funcional entre os jovens (GRANDE *et al.*, 2016). O diagnóstico de TB tipo I é estabelecido quando o indivíduo apresenta, pelo menos, um episódio de mania ao longo da vida, e o diagnóstico de TB tipo II é realizado quando um episódio de hipomania e de depressão estão presentes na ausência de episódios de mania (APA, 2014).

A prevalência do TB tipo I ao longo da vida varia entre 0,6 e 2%, com média de 1%, e o tipo II entre 0,4 e 2,4%, com média de 1,6%. Um estudo epidemiológico realizado na cidade de São Paulo demonstrou, em 12 meses, uma prevalência de 1,5% e ao longo da vida de 2,1% para TB (tipos I e II agrupados) (LAFER *et al.*, 2021).

O TB tipo I afeta homens e mulheres igualmente, enquanto o Tipo II predomina em mulheres. Os países possuem importantes diferenças de acesso aos serviços de saúde mental, tornando o manejo do TB difícil em países de baixa renda por menor acessibilidade ao serviço de saúde (GRANDE *et al.*, 2016).

2. APRESENTAÇÃO CLÍNICA NA EMERGÊNCIA

A sintomatologia que compõe a base dos episódios maníacos é euforia, grandiosidade ou irritabilidade (desde leve, passando pela beligerância, até a franca agressividade). Esses sintomas são desproporcionais aos fatos da vida e distintos do estado de alegria convencional. Costuma-se observar aumento do fluxo de pensamento, agitação psicomotora, loquacidade e pressão por falar (DALGALARRONDO, 2019).

Comportamentos disfuncionais, como tirar a roupa, cantar ou pregar em espaços públicos não são situações raras. Ideias de grandeza, poder, riqueza ou importância social podem estar presentes, chegando, em algumas situações, a delírios. Alucinações também podem ocorrer (DALGALARRONDO, 2019).

O DSM-5 define episódio maníaco, como um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia que dura a maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos 1 semana, ou menos tempo se a hospitalização for necessária. Além disso, para o diagnóstico de “episódio maníaco”, é necessário que haja pelo menos três (ou quatro se o humor for apenas irritável) dos seguintes sintomas: autoestima inflada ou grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, logorreia ou pressão de fala, fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados, distraibilidade, aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora, ou envolvimento excessivo em atividades com alto potencial para consequências dolorosas (APA, 2014).

Um episódio hipomaníaco dura pelo menos quatro dias e é semelhante a um episódio maníaco, exceto por não ser grave o suficiente para causar comprometimento no funcionamento social ou ocupacional e por aspectos psicóticos não estarem presentes (SADOCK, SADOCK, e RUIZ, *et al.*, 2017; APA, 2014).

No episódio maníaco, a perturbação do humor deve levar a acentuado comprometimento do funcionamento ou requerer

hospitalização (para prevenir danos a si mesmo ou a terceiros) ou apresentar características psicóticas.

Alguns especificadores podem acompanhar um episódio maníaco: com sintomas ansiosos, com características mistas, melancólicas ou atípicas, ciclagem rápida, congruente com o humor ou humor incongruente, com características psicóticas, com catatonia, com início periparto e com padrão sazonal (APA, 2014).

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No episódio maníaco, deve ser descartado condição médica geral que simule o TB, ou transtorno do humor induzido por substância (SADOCK, SADOCK, e RUIZ, *et al.*, 2017). É importante excluir condições sistêmicas (como uremia, hipertireoidismo, psicose puerperal, mononucleose, déficit de vitamina B12 e niacina) e condições neurológicas (como tumores cerebrais, condições cerebrovasculares, esclerose múltipla, doença de Wilson e doença de Huntington) (LARSON; RICHELSON, 1988).

As substâncias que podem induzir quadros maníacos ou hipomaníacos abrangem drogas anti-parkinsonianas, corticoesteroides, drogas tireoidianas, esteróides anabólicos androgênicos, antidepressivos, café e drogas estimulantes em geral (APA, 2014; PEET; PETERS, 1995; KRANKL, GITLIN, 2015).

É indicado avaliar o encaminhamento do paciente para unidade de suporte clínico quando percebidas alterações críticas ou sinais e sintomas que indiquem condição médica geral ou secundários ao uso de substâncias.

Além disso, os transtornos de personalidade borderline, narcisista, histriônica e antissocial devem ser considerados no diagnóstico diferencial (SADOCK, SADOCK, e RUIZ, *et al.*, 2017). Para ser considerado uma comorbidade, os sintomas devem representar um episódio distinto, e o aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo, é necessário para o diagnóstico. Não deve ser feito diagnóstico de transtorno da personalidade durante episódio não tratado de humor, a não ser que a história de vida apoie a presença de um transtorno da personalidade (APA, 2014).

4. CONTROLE DA AGITAÇÃO DO PACIENTE EM EPISÓDIO MANÍACO

O paciente em mania aguda pode apresentar um estado grave de agitação, quadro particularmente frequente em pacientes que têm sintomas mistos (YATHAM *et al.*, 2018). A agitação pode manifestar-se como inquietação, em casos leves, a comportamentos não cooperativos, ameaçadores, ou agressivos, em casos graves. Sintomas graves de agitação requerem atenção imediata, a fim de reduzir o sofrimento, mitigar comportamento potencialmente perigoso e permitir uma avaliação dos sintomas maníacos subjacentes.

Deve-se avaliar internação psiquiátrica em casos de comportamentos autodestrutivos ou agressivos contra terceiros, psicose, baixo grau de crítica, não adesão ao tratamento ou risco de suicídio, especialmente em quadro com características mistas (LAFER *et al.*, 2021).

Uma etapa fundamental no tratamento da agitação é preveni-la ou, pelo menos, atenuar sua gravidade, tratando rapidamente o episódio maníaco causador. É importante considerar que a acatisia pode se apresentar como agitação e, portanto, deve ser excluída, antes de se implementar os princípios gerais de gestão de mania aguda.

Uma vez que a agitação, neste contexto, é uma manifestação da mania, presume-se que intervenções para o tratamento da mania que apresentem rápido início de ação seriam as mais recomendadas na redução desse sintoma. A necessidade de controle rápido da agitação e do comportamento agressivo, assim como a capacidade do paciente de cooperar, são fatores que influenciam a escolha do método de administração do medicamento.

Uma avaliação abrangente do paciente agitado é necessária (ou seja, condições médicas, tratamentos, drogas, intoxicação etc.) para determinar um medicamento seguro e a dose adequada (YATHAM *et al.*, 2018). Deve-se ter cautela no controle da agitação em populações especiais, como em idosos, pacientes em condições clínicas instáveis ou pacientes intoxicados por substâncias. Nesses casos, doses menores, intervalos maiores e monitoração mais rigorosa dos sinais vitais são necessários.

Sempre que possível, medicamentos por via oral (VO) devem ser oferecidos primeiramente, pois a experiência clínica sugere que medicamentos orais podem ser tão eficazes quanto agentes parenterais.

Injeções intramusculares (IM) oferecem uma alternativa quando a via oral não pode ser utilizada. Portanto, se o paciente concorda em tomar medicamentos orais, agentes antimaníacos com início de ação rápido devem ser considerados primeiro. Se um paciente indica vontade de tomar medicamento oral, mas há uma suspeita de que o paciente pode não engolir o medicamento, comprimidos de dispersão oral ou formas de absorção rápida, líquido oral ou a via inalatória devem ser consideradas. Quando a agitação persiste, apesar da administração de tratamento antimaníaco, farmacoterapia de ação rápida adicional pode ser necessária.

O CANMAT sugere que o uso de uma dose de ataque de divalproato, formulações orais de antipsicóticos atípicos, antipsicóticos convencionais, tais como haloperidol, e/ou benzodiazepínicos, tais como clonazepam podem ser apropriados para tratamento da agitação no paciente em mania aguda. Em países onde a loxapina inalada está disponível, isso pode ser considerado se não houver contra-indicações.

Se as preparações orais forem ineficazes ou se a agitação for intensa, se o paciente está recusando medicamentos orais, ou quando a terapia oral não pode ser administrada com segurança ou confiabilidade, então as formulações IM devem ser consideradas.

Por causa da força da evidência para eficácia no alívio da agitação nesta população, aripiprazol IM, Lorazepam IM, e olanzapina IM são recomendados como opções de primeira linha pelo CANMAT.

Asenapina sublingual, haloperidol IM, haloperidol IM + midazolam IM, haloperidol IM + prometazina IM, risperidona orodispersível, e ziprasidona IM são recomendados como segunda linha de tratamento.

Haloperidol VO, loxapina IM, quetiapina VO, e risperidona VO estão incluídos como opções de terceira linha (YATHAM *et al.*, 2018).

Tabela 3.1 - Tratamento da agitação da mania

Menejo de Agitação Episódio Maníaco		
Primeira Linha	Segunda Linha	Terceira Linha
Aripiprazol IM**	Haloperidol IM*	Haloperidol VO*
Lorazepam IM**	Haloperidol+Midazolam IM*	Loxapina IM**
Loxapina Inalada**	Haloperidol+Fenergam IM*	Quetiapina VO*
Olanzapina IM**	Risperidona Orodispersível**	Risperidona VO*
	Asenapina Sublingual**	

*Medicamento disponível no Brasil

**Não disponível no Brasil

Fonte: Adaptado de YATHAM *et al.*, 2018.

Outros estudos sugerem que antipsicóticos como risperidona, olanzapina e haloperidol tanto em formulações VO quanto IM têm maior eficácia quando comparados a estabilizadores de humor, a benzodiazepínicos e a placebos, no tratamento da agitação maníaca (CORRELL *et al.*, 2017; CIPRIANI *et al.*, 2011).

Entretanto, vale ressaltar que aripiprazol IM, lorazepam IM, olanzapina IM, ziprasidona IM, loxapina IM, asenapina sublingual e risperidona orodispersível não estão disponíveis no mercado nacional.

Nos hospitais públicos do Brasil, as medicações que costumam estar disponíveis são: olanzapina, risperidona, quetiapina, haloperidol, prometazina, diazepam e clonazepam oral. Na formulação IM, há haloperidol, prometazina, clorpromazina e midazolam.

O haloperidol é preferido em muitos serviços de emergência no Brasil por conta do fácil acesso e da grande disponibilidade. Além disso, ele pode ser associado a prometazina. Existem revisões que demonstram a superioridade da união das duas medicações, levando a efeitos mais duradouros e menos incidência de distonia aguda (PINTO *et al.*, 2014).

Tabela 3.2 - Medicamentos recomendados para tratamento da agitação aguda

Medicamentos recomendados para tratamento da agitação aguda				
	Dose Inicial	T_{máx}*	Repetir	Dose Máxima em 24h
Medicamentos Oraís				
Risperidona	2mg	1h	2h	6mg
Olanzapina	10mg	6h	2h	20mg
Haloperidol**	5mg	30-60min	15min	20mg
Lorazepam	2mg	20-30min	2h	6mg
Medicamento IM				
Haloperidol**	5mg	30-60min	15min	20mg

*tempo para pico plasmático

**Apresenta maior risco de efeitos extrapiramidais do que os outros fármacos. Considerar uso concomitante de prometazina 25mg VO ou prometazina 25-50mg IM.

Fonte: Adaptado de PINTO *et al.*, 2014.

Apresentando eficácia semelhante ao haloperidol, a clorpromazina também pode ser utilizada, porém apresenta efeito

hipotensor e anticolinérgico, o que pode ser preocupante em pacientes idosos, devendo, portanto, ser usada com cautela nesse grupo (PINTO *et al.*, 2014).

Assim que ocorrer melhora da agitação, o plantonista deve aproveitar para coletar informações mais detalhadas com o paciente e familiares a fim de estabelecer uma hipótese diagnóstica para o quadro e iniciar um tratamento mais específico. A reavaliação e a continuidade dos cuidados são necessárias para controle dos sintomas e evitar nova agitação (PINTO *et al.*, 2014).

5. CONCLUSÃO

Os quadros maniatiformes são comuns em serviços especializados em emergências psiquiátricas. Dessa forma, é fundamental estudar a base científica para que os pacientes que possuem essa condição sejam tratados de forma adequada. A constante revisão da literatura científica é necessária a fim de evitar iatrogenias.

Identificar a gravidade do quadro, avaliar o diagnóstico de base e fazer o manejo correto é primordial diante dos pacientes que apresentaram episódios maníacos na emergência. A decisão sobre internação hospitalar ou acompanhamento deve ser feita de forma individualizada e seguida de um acolhimento do serviço de saúde a fim de vincular o paciente ao serviço. Ao serem encaminhados para outros serviços, é fundamental que a disponibilidade de acompanhamento seja assegurada de modo a garantir o tratamento do paciente.

6. FLUXOGRAMAS

RECONHECIMENTO DA SÍNDROME DE MANIA AGUDA:

- **Humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável;**
- **Aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia;**
 - Auto-estima inflada ou grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, paciente mais falante do que o habitual ou com pressão de fala, fuga de ideias ou experiência subjetiva que os pensamentos estão acelerados, distraibilidade, aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora, ou envolvimento excessivo em atividades com alto potencial para consequências dolorosas.

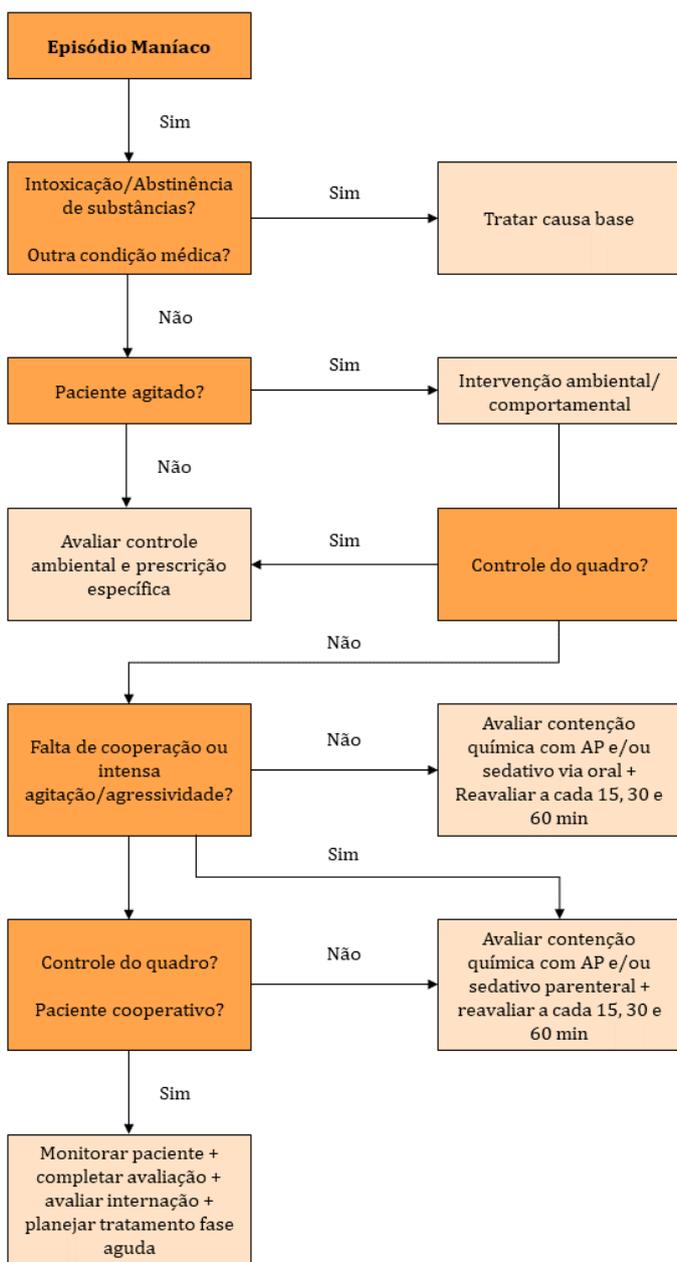


A perturbação do humor tem causado acentuado comprometimento do funcionamento, a ponto de apresentar características psicóticas, agitação e/ou agressividade:

- Prevenir danos ao paciente ou a terceiros;
- Adotar medidas para controle rápido do comportamento;
- Avaliar a capacidade do paciente de cooperar;



- Assegurar segurança do paciente e da equipe;
- Reduzir estímulos ambientais, com atendimento em sala que garanta ambiente tranquilo e acolhedor e privacidade ao paciente;
- Realizar avaliação abrangente do paciente (condições médicas, tratamentos, drogas, intoxicação, etc.);
- Se necessária contenção química, preferir medicamentos por via oral;
- Injeções intramusculares são uma alternativa quando a via oral não pode ser indicada;
- Avaliar indicação de contenção física, se falha na contenção química.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: dsm v. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2014.

CIPRIANI, A. et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. **Lancet**. v. 378, n. 9799, p. 1306-1315, aug. 2011. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60873-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60873-8). Acesso em 14 de jan. de 2022.

CORRELL, C. et al. Biological treatment of acute agitation or aggression with schizophrenia or bipolar disorder in the inpatient setting. **Ann Clin Psychiatry**. 2017 May;29(2):92-107. Disponível em: https://www.aacp.com/article/buy_now/?id=474. Acesso em: 14 de jan. de 2022.

DALGALARRONDO, PAULO. Síndromes maníacas e transtorno bipolar. In: DALGALARRONDO, PAULO. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 629-643.

GRANDE, I.; BERK, M.; BIRMAHER, B.; VIETA, E. Bipolar disorder. **The Lancet**. v. 387, n. 10027, p. 1561-1572, abr. 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00241-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00241-x). Acesso em 14 de jan. de 2022.

KRANKL, J. T.; GITLIN, M. Caffeine-induced mania in a patient with caffeine use disorder: a case report. **Am J Addict**. v. 24, n. 4, p. 289-291, 7 jun 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ajad.12210>. Acesso em: 14 de jan. de 2022.

LAFER, B.; NASCIMENTO, C.; NUNES, P. V.; DE ALMEIDA, K. M. Capítulo 9. Transtorno Bipolar. In: MIGUEL, Euripedes Constantino; LAFER, Beny; ELKIS, Helio; FORLENZA, Orestes Vicente (ed.). **Clínica Psiquiátrica Volume 2: as grandes síndromes psiquiátricas**. 2. ed. Barueri: Manole, 2021. p. 545-555.

LARSON, E.W.; RICHELSON, E. Organic Causes of Mania. **Mayo Clin Proc**

v. 63, n. 9, p. 906-912, set. 1988. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0025-6196\(12\)62694-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0025-6196(12)62694-9). Acesso em 14 de jan. de 2022.

PEET, M.; PETERS, S. Drug-Induced Mania. **Drug Saf.**, v. 12, n. 2, p. 146-153, fev. 1995. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2165/00002018-199512020-00007>. Acesso em: 14 de jan. de 2022.

PINTO, J. P.; MACÊDO, D.; SOEIRO-DE-SOUZA, M. G.; CARVALHO, A. Capítulo 5 - Agressividade e Agitação Psicomotora. In: QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. (org.). **Emergências Psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 100-115.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

YATHAM, L.et. al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. **Bipolar Disord** v. 20, n. 2, p. 97-170, mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12609>. Acesso em: 14 de out. de 2021.

CAPÍTULO IV

PROJETO TINTAS TERAPÊUTICAS NO H.S.M: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.PSM303.1122-4

Maria dos Remédios Moura Campos (Ré Campos) ¹

¹Psicóloga. Especialista em musicoterapia e terapias integrativas e complementares
- Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto



Este relato de experiência abordará o Projeto Tintas Terapêuticas, uma iniciativa minha, que sou psicóloga hospitalar e musicoterapeuta do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM) há 18 anos, e que foi desenvolvida nas unidades de internação psiquiátrica da mencionada instituição com o apoio de vários colaboradores. Este projeto surgiu de uma inquietação ao

perceber que as paredes das quatro unidades tinham cores desbotadas; onde o branco e o cinza eram tons predominantes.

Observei ainda que os pacientes eram muito ociosos e, por vezes, ansiosos, isolados e entristecidos. Diante deste cenário pensei em criar um projeto terapêutico em que eles participassem ativamente na transformação de suas unidades, para que pudéssemos construir juntos um ambiente mais agradável, um espaço mais acolhedor, um local mais alegre, harmônico e humanizado, visando maior alento às suas angústias e desesperanças no instante da permanência na internação psiquiátrica que fica em torno de um mês, ainda que alguns possam permanecer menos ou mais tempo de acordo com a evolução clínica de cada um.

O paciente internado em um hospital encontra-se em uma situação bastante singular: longe dos familiares e de suas vivências domésticas e sociais, precisa se adaptar à mudança abrupta permeada de regras institucionais relativas aos horários destinados à higienização, à alimentação, ao recebimento de medicações, ao descanso, aos atendimentos da equipe multidisciplinar e de atividades terapêuticas, além da impessoalidade das vestimentas que são distribuídas no formato de fardas, da falta de uso de seus objetos pessoais, da solidão sentida mesmo para aqueles que recebem visitas. Tais mudanças provocam vários sentimentos indesejados como: sensação de perda e desamparo, tristeza e insegurança. Neste contexto, a permanência em um ambiente mais arejado, arborizado, limpo e

colorido facilitará muito o processo de adaptação à internação psiquiátrica.

Assim surgiu o Projeto Tintas Terapêuticas em agosto de 2017, com o objetivo de pintarmos os espaços utilizados pelos pacientes: pátio, enfermarias, refeitório e detalhes do jardim. Torna-se lícito afirmar que o objetivo da internação psiquiátrica não é mais de isolá-lo em um espaço segregador como foi à realidade anterior à Reforma Psiquiátrica, mas de retirar o paciente do surto psicótico e, após sua alta melhorada, contra referenciá-lo ao serviço de atenção à saúde mental secundária para que possa continuar o tratamento no seu território de origem, sob o suporte de seus familiares ou demais cuidadores.

No HSM, que é o hospital psiquiátrico público de referência no estado do Ceará, contamos com uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, assistentes sociais, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, neurologistas e clínico geral.

Para dar início ao Projeto Tintas Terapêuticas o primeiro passo foi procurar o Diretor Administrativo, João Paulo Alvares, e o responsável pelo Setor de Manutenção, Andrezinho, onde expliquei o projeto e ambos me deram todo apoio necessário e me incentivaram a prosseguir. Em relação aos pacientes, seus nomes foram suprimidos em respeito às questões éticas de pesquisa com seres humanos.

O HSM, não possuía tintas coloridas, apenas as cores padrão branco e cinza, mas o material necessário para a pintura

como pincéis, brochas e espátulas foram fornecidas pelo hospital. Outros materiais eu trouxe de minha casa: cavalete, tintas e bacias para tintas resultantes da conclusão da pintura do meu apartamento. A maioria das tintas foram adquiridas por dois psiquiatras que atendiam na Unidade de Internação Masculina I: Dmitri Ramos, nosso maior patrocinador, e Lorena Feijó, que atuava como preceptora da Residência Médica.

O processo de pintura envolveu a equipe: profissionais do Setor de Higienização, a enfermeira Rebeca Rebouças que foi grande incentivadora deste projeto e que atualmente mora no Canadá, assim como médicos residentes (R1 e R2) deram grande auxílio, pois também participaram pintando junto com os pacientes.

Escolhi a Unidade de Internação Masculina I para dar início ao trabalho por ser a unidade que atuo como psicóloga, onde realizo atendimentos individuais e grupos semanais de musicoterapia e atividades lúdico-terapêuticas: jogos de sinuca, boliche, argolas, dardo, arco e flecha, bolas de gude, teatro com fantoches, futebol, bingo de animais, pinturas e afins, objetivando a percepção visual e auditiva, a memória, a concentração, os vínculos afetivos, a expressão corporal e a socialização, a fim de possibilitar que os dias de internação transcorram de uma forma mais amena e que através da arte e do lúdico possamos contribuir com a promoção de bem estar e saúde mental no espaço da internação psiquiátrica.

O ponto de partida deu-se com um grupo que fiz com os pacientes e profissionais, explicando aos presentes a proposta do

Projeto Tintas Terapêuticas e convidando-os a participarem. Para minha surpresa, muitos internados demonstraram interesse em participar, mas, tinham receio de não conseguirem obter êxito, pois relatavam não terem experiência em pintar ambientes, paredes e janelas, só gravuras em papéis com lápis de cor no Setor de Terapia Ocupacional (CATOF). No entanto, tinham três pacientes que trabalhavam profissionalmente na área de construção civil: pedreiro, servente e pintor e eles se dispuseram a auxiliar os colegas colaboradores, dando dicas e ensinando-os como manusear os pincéis, como diluir as tintas, como pintar com rolos e os cuidados necessários para que o trabalho fosse realizado de forma efetiva e prazerosa e juntei-me a estes pacientes na tarefa de trazer mais cor para a internação psiquiátrica. Os horários em que pintávamos a unidade eram pela manhã, nos ambientes internos, e à tarde, nos locais mais abertos para protegermos do sol forte.

De início pintamos as janelas das enfermarias e os cobogós, onde foram sendo alternadas as cores vermelha e amarela, por sugestão dos pacientes. Em seguida, foram pintadas as colunas do refeitório, ficando cada coluna de uma cor diferente: verde-claro, amarela, branca, lilás e azul. Tinha um grande galho de árvore cortado no chão e resolvemos pintá-lo de duas cores: rosa e lilás. Esse tronco passou a ser utilizado como um banco que dá para acomodar cinco pessoas, de modo que transformamos um galho de árvore em um móvel artesanal!

As paredes do pátio foram pintadas de verde-claro, o refeitório de lilás com amarelo, o piso foi pintado igualmente de azul, amarelo e de lilás-claro, as rampas e o acesso às cadeiras de

rodas ficaram na cor vermelha e os degraus das calçadas passaram a apresentar-se com cores distintas.

Próximo ao Campinho Terapêutico da Unidade de Internação Masculina I, fizemos uma obra de arte: um círculo grande em diversas cores e, pelo seu formato, o local foi batizado com o nome de Heliporto. É nesse espaço que os pacientes gostam de ficar ao final da tarde, apreciando a natureza, conversando com os colegas de internação, e é também onde realizo o Grupo de Musicoterapia Timbres da Saúde e outras atividades lúdicas e terapêuticas.

No instante do desenvolvimento das atividades foi possível identificar o quanto esta dinâmica estava sendo salutar para os pacientes por ocupar-lhes o tempo ocioso próprio de um processo de internação hospitalar, por deixá-los orgulhos, ativos e potentes em poderem transformar o espaço onde estão fazendo tratamento especializado, por poderem atuar em um serviço que já possuem habilidade e/ou vocação, por poder ser agentes, escolhendo cores e transformando os tons pastel da instituição. O bem-estar, sobretudo, ficou evidenciado por familiares e acompanhantes em elogios relacionados à estética melhorada da Unidade de Internação Masculina I e pela ocupação do tempo dos pacientes por uma média de três meses, período que perdurou a ação do Projeto Tintas Terapêuticas, contando com a participação direta de trinta e nove colaboradores. Eu não tinha pressa em concluir o processo, consciente que sou de que, cada paciente tem um ritmo que lhe é peculiar: uns lentificados, outros mais ativos, uns mais sérios e compenetrados na tarefa, outros mais brincalhões e bem-

humorados. Nessa mistura de tintas e personalidades, a primeira etapa do Projeto Tintas Terapêuticas foi finalizada.

A expansão do Projeto Tintas Terapêuticas que estava até então restrito à Unidade de Internação Masculina I aconteceu em julho de 2019, devido ao fato de eu não poder continuar a realizar os grupos de Musicoterapia Timbres da Saúde nas unidades de internação como eu fazia antes, uma vez que todos os grupos foram suspensos por determinação das novas diretrizes sanitárias da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tinha como uma de suas premissas, a evitação de aglomerações devido ao início e permanência da pandemia da Covid-19 e das altas taxas de morbimortalidade.

A Direção Geral do HSM, agora sob o comando do psiquiatra Frederico Emmanuel Leitão de Araujo, mais conhecido como Dr. Fred, ampliou o Projeto Tintas Terapêuticas para outros espaços, sendo acrescentadas agora as Unidades de Internação Feminina II e III e a Unidade de Internação Masculina IV. O novo Diretor Geral me recebeu com boas vindas, cordialidade, gentileza e me autorizou a dar seguimento ao Projeto Tintas Terapêuticas, como também me disponibilizou as tintas e o material necessário que a instituição dispusesse. A ampliação em plena pandemia foi uma estratégia que encontrei para aliviar tristezas e angústias nesses meses tão difíceis e dolorosos para todos, visto que a pandemia tornou os sujeitos mais emocional e financeiramente vulneráveis e inseguros. Muitas foram às perdas de familiares e amigos queridos. Diante do frequente cenário de medo, fui em busca da salvação da dor pela arte para socorrer a mim, aos

pacientes e aos funcionários, nesses meses tão atribulados e cruciais para toda a população!

Prosseguindo com a iniciativa terapêutica, a Unidade de Internação Masculina IV passou a ser pintada, seguida pelas Unidade de Internação Feminina III, respectivamente. Nestes movimentos ganhamos um grande parceiro que muito nos auxiliou nas pinturas: Francisco Moraes de Melo, funcionário que trabalha no setor de Higienização do HSM. Na reunião que fiz em cada espaço de cuidado, contando com a presença de pacientes e funcionários, a maioria dos mesmos demonstrou grande interesse em nos auxiliar nessa nova jornada de levarmos cores e alegrias principalmente para as pessoas em sofrimento psíquico severo e persistente, havendo uma média de participação de 35 colaboradores em aproximadamente três meses de atividade em cada unidade.

As pinturas foram iniciadas pelas janelas das enfermarias e na sequência, foram sendo revitalizados os refeitórios, os pátios, as colunas de cores variadas, sempre respeitando as escolhas dos pacientes. Vale ressaltar que nos espaços de cuidado destinados ao público feminino, foram feitos o desenho da brincadeira Amarelinha, não com o objetivo de infantilizá-las, mas pelo contrário, o propósito maior foi possibilitar um resgate de infância e de experiências pueris, muitas vezes anteriores à realidade da vivência do transtorno mental.

Em relação aos locais mais altos, que precisavam de escada para subir, estes foram pintados por Moraes Melo do serviço de Higienização do HSM, visto que os pacientes, encontravam-se às

vezes um pouco sedados por efeito das medicações, não podendo se expor ao risco de serem machucados e sofrerem quedas. Este mencionado funcionário revelou-se, no entanto, um excelente pintor!



Em novembro de 2020, fui entrevistada pela repórter Cindy Damasceno para o portal da *web*, Globo.com, pertencente ao Grupo Globo. Especificamente no campo G1, houve o reconhecimento que me deixou bastante emocionada, me fazendo sentir gratificada e plena com a repercussão do meu trabalho produzido em coletividade! A matéria pode ser conferida pelo leitor e está disponibilizada através do *link*: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/11/10/projeto-utiliza-pinturas-em-ambientes-compartilhados-para-promover-bem-estar-de-pacientes-em-hospital-de-saude-mental-em-fortaleza.ghtml>

O Projeto Tintas Terapêuticas sofreu interrupção no ano de 2021 devido ao período invernal e, após o mesmo, já no segundo semestre, houve sua retomada, possibilitando a conclusão das pinturas de três unidades de internação assim como do 'Jardim da Mangueira', que corresponde a um espaço terapêutico externo pertencente à Unidade de Internação Feminina II, onde seus devidos quatorze bancos de cimento passaram a ter as cores azul, branco, vermelho, amarelo e verde.



Por fim, deixo manifestada minha mais sincera gratidão aos pacientes pintores e não pintores, aos familiares e acompanhantes e a todos os profissionais que me auxiliaram nessa tarefa encantada e gratificante de promover o cuidado, o acolhimento, a empatia, a harmonização dos espaços, o abraço da natureza, e a humanização presente no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto!

*“A arte abre os quatro pontos cardeais
na direção do olhar cintilante de Deus”.*
(Ré Campos)

CAPÍTULO V

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO: PATRIMÔNIO DA SAÚDE MENTAL TERCIÁRIA NO CEARÁ

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-5

Yzy Maria Rabelo Câmara ¹

¹ Psicóloga e Assistente Social, Doutoranda em Psicologia Social (UK), Mestrado em Saúde Pública (UFC).

RESUMO

Introdução: Este artigo tem por objetivo fazer um breve resgate histórico do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM) dos seus primórdios ao contexto atual. A importância de resgatar esta historicidade diz respeito ao afã de preservar a memória institucional e evidenciar o percurso técnico e científico como também as adaptações às mais diversas diretrizes e políticas de saúde ocorridas no decurso de 59 anos de prestação de serviços à comunidade cearense. **Metodologia:** Para tanto, a autora utilizou-se de pesquisa bibliográfica de dados primários e secundários obtidos nas mais diversas fontes: documentos institucionais, artigos científicos, teses doutorais, dissertações de mestrado e publicação em jornal de grande circulação. **Resultados:** Foi possível identificar o longo processo de construção da instituição, suas limitações estruturais e financeiras, especialmente no início de seu funcionamento e a transformação de suas características de Hospital Colônia, pautado em internações de longa permanência, para a instituição pública de referência em saúde mental terciária do estado do Ceará. **Conclusões:** Resgatar a realidade pretérita do HSM é conhecer e respeitar a instituição que carrega em si um vasto e valoroso patrimônio cultural sobre vivência dos saberes e fazeres da assistência aos transtornos mentais severos e persistentes e que foram construídos nas enfermarias, nos espaços de aprendizagem,

nos espaços de lazer e de convivência nas últimas cinco décadas, visando-se fazer um pacto com o passado: compreendê-lo de forma contextualizada e responsável, compreender os avanços já alcançados e vislumbrar novas possibilidades terapêuticas que estão por vir.

Palavras Chave: Saúde Mental Terciária; Historicidade; Patrimônio Cultural

1. DE HOSPITAL COLÔNIA DOS PSICOPATAS A HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO: A TRAJETÓRIA DE UMA INSTITUIÇÃO CEARENSE DE SAÚDE MENTAL TERCIÁRIA

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM) surgiu de uma demanda urgente do Hospital São Vicente de Paulo, instituição filantrópica que na década de 1940 já tinha excedente de pacientes e precisava de suporte externo para melhor administrar suas inúmeras limitações. Neste sentido, passou a se fazer necessária a construção de um hospital colônia - modelo psiquiátrico pautado na estrutura asilar excludente para internações de longa permanência - considerado moderno e que se encontrava em seu momento áureo no Brasil, de acordo com Cunha (2013).

Com investimento obtido por meio dos recursos públicos estaduais e do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, a construção foi iniciada em 1948, no governo de Faustino de Albuquerque, na vasta área arborizada do Sítio São Joaquim pertencente ao Distrito de Messejana. De construção lenta e tardia, o HSM teve suas obras interrompidas durante cinco anos por falta de recursos e incentivos financeiros e a retomada aconteceu na

gestão do Governador Stênio Gomes. Em 28 de março de 1963, a instituição foi inaugurada e nomeada “Hospital Colônia dos Psicopatas”. Diante da morosidade do início do seu funcionamento, esta configurou-se como um dos últimos estabelecimentos psiquiátricos a ser construído pelo poder público anterior à ditadura militar, conforme as palavras de Sampaio (1988) e Sousa (2016).

No instante do início do seu funcionamento, a lógica de hospitais colônia já não fazia mais sentido no contexto histórico, social, ideológico e político do mundo ocidental após a II Guerra Mundial e, por esse motivo, a instituição ficou sendo chamada internamente de “Hospital de Saúde Mental”. Somente em 1965, durante o IV Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, houve a oficialização do nome “Hospital de Saúde Mental de Messejana” (HSMM) feita por Jurandir Manfredini, diretor do SNDM, à luz de Suliano (1979), Sampaio (1988), Cunha (2013), Sousa (2016) e Bleicher (2019). É lícito ainda afirmar que em 2012 a instituição mudou novamente o nome para homenagear postumamente o grande professor e psiquiatra vanguardista, Geraldo Frota Pinto, falecido em 2011, tornando-se, então, “Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto” (HSM).

O HSM iniciou suas atividades com sessenta por cento de sua estrutura concluída e cem leitos de enfermaria, chegando a desenvolver atividades próprias de hospital colônia como estratégia autossustentável e complementar de suprir as suas necessidades financeiras por meio de produtos vindos da casa de farinha, do engenho de açúcar, da pocilga, da granja e do pomar,

que também ficavam aos cuidados dos pacientes internados como meio de ocupar-lhes o tempo ocioso. Outros recursos terapêuticos foram utilizados, tais como as atividades artesanais, domésticas e as reuniões religiosas conforme as palavras de Filho (1979), Sampaio (1988), Suliano (1982) *apud* Oliveira (2009), Cunha (2013), Sousa (2016) e Bleicher (2019).

Nos anos que se seguiram, inúmeras foram as dificuldades financeiras e estruturais às quais o HSM foi submetido, mas a instituição foi tentando se adaptar às adversidades (como com a transição dos funcionários que trabalhavam sob o regime de CLT e foram obrigados a se tornar estatutários durante a gestão de Paulo Picanço [1968 – 1971]), como também vivenciou avanços (como com a inauguração do gabinete de Eletroencefalografia e a criação da Fundação de Saúde do Estado do Ceará [FUSEC], que ocorreram na vigência da gestão de Luiz Carlos Valente [1971-1975]), além da implantação, no ano de 1984, do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, de acordo com Sampaio (1988).

Nas décadas de 1960 a 1980, pode-se mencionar a existência de cinco Pavilhões, o que atualmente é chamado de “Unidade de Internação”, que correspondiam às enfermarias para ambos os sexos, havendo ainda, a partir de 1968 até pelo menos 1979, a distinção de Pavilhão para os pacientes que eram conveniados pela Previdência Social e para os ditos indigentes (SAMPAIO, 1988). Duas enfermarias tinham a capacidade para acolher, cada uma, cem pacientes, mas a população chegava de cento e trinta a cento e cinquenta pessoas, enquanto outras duas tinham capacidade para sessenta pacientes, mas internavam, em

média, entre oitenta e cem transtornados mentais. Existia ainda a internação para o público infanto-juvenil, que era denominada “Infanto”. Todos os Pavilhões possuíam os quartos-fortes para agudos, os chamados “pacientes com intercorrências psiquiátricas”, como apontam Sampaio (1988) e Sousa (2016).

Fazendo um corte histórico e voltando nosso olhar para o século XXI, apesar das inúmeras dificuldades financeiras, humanas e estruturais que acompanharam todas as gestões do HSM, essa instituição sempre teve por característica a resiliência, que lhe capacitou para o enfrentamento da Crise da Previdência Social e para os inúmeros ajustes e exigências que a implantação da Reforma Psiquiátrica impôs às instituições de saúde mental terciária do Ceará. Tais condições impactaram direta e indiretamente nas instituições hospitalares, resultando no fechamento do Hospital Santo Antônio de Pádua, da Casa de Saúde São Gerardo, da Clínica Dr. Suliano, do Instituto de Psiquiatria do Ceará, do Hospital Mira y Lopez e da Casa de Saúde Santa Tereza.

2. UMA HISTÓRIA DE CINQUENTA E NOVE ANOS QUE SE REINVENTA

O HSM é, atualmente, o hospital público de referência em atenção à saúde mental terciária e única emergência psiquiátrica e reguladora de leitos para pacientes em condição crítica, que atende aos cento e oitenta e quatro municípios cearenses. Sua estrutura organizacional é subordinada à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), aos princípios da Lei 10.216/2001 e ao Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

(PNASH/Psiquiatria), além de todos seus serviços serem conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com Diógenes (2012), Sousa (2016) e Lima (2019).

A instituição tem por missão a garantia de atendimento multiprofissional que visa contribuir para a remissão de surtos psicóticos e para a reabilitação biopsicossocial de sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes. Assume, por competências, a prestação de assistência multiprofissional de urgência e emergência, de ambulatórios, de internações psiquiátricas, de hospitais-dia, além da dispensação de psicofármacos, a formação de psiquiatras, a promoção de programas de ensino para alunos de graduação tanto de estágios supervisionados quanto de internato em Medicina, a formação continuada de profissionais e o incentivo à pesquisa por meio do CEAP/HSM, segundo Sousa (2016) e Lima (2019).

As internações psiquiátricas ocorrem nas modalidades voluntária, involuntária e compulsória, à luz de Sousa (2016) e Fatureto, Ravagnani e Guanaes-Lorenzi (2020) e é efetivada a partir de critérios científicos psiquiátricos, clínicos e sociais. O tempo médio atual para a internação varia entre trinta e oito e quarenta dias, em consonância com o recomendado pelo Ministério da Saúde, havendo a imediata contra referência para o serviço de atenção à saúde mental secundária no instante da alta melhorada. Existem quatro Unidades de Internação com capacidade para quarenta leitos cada, sendo duas para o sexo masculino e duas para o sexo feminino. A Unidade de Desintoxicação é destinada ao público masculino dependente químico de álcool ou outras drogas

e é composta por vinte leitos. Todas as Unidades possuem equipes multidisciplinares. Existem ainda sessenta leitos para os dois Hospitais-Dia, com trinta leitos cada, destinados, respectivamente, aos psicóticos e aos dependentes químicos, conforme Sousa (2016) e Lima (2019).

O HSM possui quinze ambulatórios que abrangem as mais diversas demandas: Núcleo de Atenção à Infância e à Adolescência, além dos ambulatórios da Residência Médica: Ambulatório Geral, Ambulatório da Primeira Crise, Núcleo de Atendimento a Paciente com Esquizofrenia (NUESQ), Ambulatório dos Transtornos do Humor (ATA), Núcleo de Transtornos Ansiosos (NUTA), Ambulatório de Transtorno de Atenção e Impulsividade (ATAI), Ambulatório de Psicose de Difícil Controle, Ambulatório de Epilepsia, Ambulatório de Neuropsiquiatria, Ambulatório de Neurologia, Ambulatório de Psicogeriatria, Transtornos da Sexualidade Humana (ATASH), Serviço de Referência Transdisciplinar para Transgêneros (SERTRANS) e Psicoterapias de base Breve e Focal, especialmente na modalidade de Plantão Psicológico, que teve considerável crescimento com a pandemia do novo coronavírus. (HSM, 2021).

Enquanto centro de formação de psiquiatras, através do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, foi se tornando referência tanto dos estados do Norte quanto do Nordeste do Brasil, dispondo de trinta e duas vagas anuais destinadas, sendo dez vagas para R1, R2 e R3 respectivamente e duas para R4 (que implica no aprofundamento do estudo e atuação em Psiquiatria da Infância e Adolescência). Dando seguimento à vocação institucional

visando melhores práticas, o HSM possui um Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP), que tem por função a promoção e divulgação de ações de ensino, pesquisa e atividades técnicas, científicas e culturais, visando o aperfeiçoamento de profissionais e de estudantes de graduação vinculados ao campo de estágio curricular dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Farmácia e Nutrição das mais diversas instituições do ensino superior do estado do Ceará e cursos de nível médio, conforme Sousa (2016).

A instituição igualmente gerencia riscos por meio da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, objetivando a identificação, análise, diagnóstico, tratamento, monitoração e notificação de riscos à luz da Portaria 1660/2009 do Ministério da Saúde, para eliminar ou reduzir os impactos dos riscos gerados a partir da ação de Farmacovigilância, Saneantes, Nutrivigilância, Tecnovigilância e Cosmetovigilância. Em relação ao risco de infecção hospitalar, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) desenvolve ações pautadas nos preceitos da Portaria 2616/98. Quanto à dispensação de medicações, o HSM possui o Programa de Medicamentos de Alto Custo do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), estratégia que objetiva o acesso integral aos psicofármacos. O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), composto por equipe multidisciplinar, faz o acompanhamento direcionado a pacientes com longo histórico de internações psiquiátricas e que tenham suporte familiar ou de cuidador, no sentido de prover atendimento humanizado e evitar novas crises. Existe um Programa de Saúde do

Trabalhador que desenvolve práticas integrativas e complementares e ações de acolhida terapêuticas para os funcionários (HSM, 2021).

Um feito muito importante ocorreu no ano de 2015, quando o HSM foi contemplado com a nota 97,56 pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), no biênio 2012-2014, sendo classificado como o hospital psiquiátrico mais bem avaliado do Brasil entre todas as 143 (cento e quarenta e três) instituições psiquiátricas da rede pública do Brasil credenciadas pelo SUS.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tudo o que foi mencionado, o HSM carrega em si um vasto e valioso patrimônio cultural sobre vivências em saúde mental desenvolvidas nas últimas cinco décadas, tendo ainda em si, a capacidade de se recriar a cada novo contexto histórico. Conhecer sua trajetória é possibilitar uma análise contextualizada do passado, uma avaliação de ações realizadas e uma possibilidade de se estruturar novos saberes e práticas em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLEICHER, T. **A Política de Saúde Mental de Quixadá, no Contexto da Reforma Psiquiátrica Cearense.** [Recurso Eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, Livro eletrônico, 2019.

CUNHA, C. de M. S. A Fundação da Casa de Saúde Santa Teresa em Crato-CE (1970): história local, médicos e políticas públicas para a área psiquiátrica. 191f. **Dissertação** (Mestrado). Orientador: Profa.

Dra. Ana Teresa Venancio. Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

DIÓGENES, J. IPC Suspende Serviços. **O Povo on Line**, Fortaleza, 18/10/2012. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/10/18/noticiasjornalfortaleza,2938725/ipc-suspende-servicos.shtml> Acesso em: 16 ago. 2019.

FATURETO, M. L. P.; RAVAGNANI, G. S. de P.; GUANAES-LORENZI, C. O Manejo da Internação Psiquiátrica Compulsória por Profissionais de Saúde em seu Cotidiano. **Psicol. Soc.** v. 32, p. 2-16, 2020.

HSM, Acessível em: www.hsm.ce.gov.br. Acesso em: 28-12-2021.

LIMA, A. P. O. M. Alterações Bioquímicas, Inflamatórias e Sintomatológicas em Pacientes com Esquizofrenia Mediante Uso de Probióticos. 162 f. **Tese** (Doutorado em Ciências Morfofuncionais). Orientador: Profa. Dra. Francisca Cléa Florenço Sousa. Programa de Pós-Graduação em Ciências Morfofuncionais, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, 2019.

SAMPAIO, J. J. C. Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: A sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. 211f. **Dissertação** (Mestrado). Orientador: Prof. Dr. Joel Birman. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

SOUSA, L. de P. Atenção em Saúde Bucal Oferecida aos Pacientes com Esquizofrenia na Estratégia de Saúde da Família. 132 f. **Dissertação** (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Orientador: Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Estadual do Ceará, 2016.

OLIVEIRA, M. S. N. Fatores Sociodemográficos e Clínicos de Internações Psiquiátricas Voluntárias e Involuntárias em Fortaleza. **Dissertação** (Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Orientador: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2009.

SULIANO FILHO, M. Contribuição para a História da Psiquiatria Hospitalar no Ceará. **Revista Cearense de Psiquiatria**, v. 1, n. 1, p. 38-44, 1979.

CAPÍTULO VI

INDICADORES DE QUALIDADE DE CARDÁPIOS EM SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR EM FORTALEZA - CE: UMA ANÁLISE ANTES E DURANTE A PANDEMIA COVID 19

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-6

Bárbara Melo de Oliveira¹

Mariana Maia Belmino¹

Ana Patrícia Oliveira Moura Lima²

Talita Hayara Dantas Rodrigues Alencar Araripe Bezerra³

Vitória de Oliveira Almeida³

Juliana Pereira Queiros⁴

¹ Graduandas do curso de Nutrição - Universidade de Fortaleza

² Professora no curso de Nutrição - Universidade de Fortaleza

³ Nutricionistas - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Nutricionista - Mestranda do Programa de pós Graduação em Medicina Translacional, Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Este trabalho se justifica devido a carência de pesquisas acerca de interferências da pandemia na qualidade de cardápios e, conseqüentemente, na aceitação da população, sendo necessária a análise por meio de indicadores de qualidade na UAN. Teve como objetivo relacionar os indicadores de qualidade nos períodos anteriores à pandemia e durante, a fim de avaliar possíveis interferências, tanto acerca da qualidade do cardápio em questão, quanto na aceitação das refeições pelos comensais. Apresentou estudo do tipo quantitativo, observacional, descritivo, transversal, com a análise das refeições do almoço de 127 cardápios durante o período de 2019, 2020 e 2021 referente aos meses de janeiro e fevereiro. Os resultados demonstraram uma excelente porcentagem de satisfação, além de cardápios coloridos, com presença de folhosos, frutas, ausência de frituras, frituras + doces,

sulfurados e baixíssima presença de doces. Com relação aos aspectos positivos da AQPC atingiu 100% (ótimo) nos meses avaliados de 2019 e 2020, enquanto no período avaliado de 2021 apresentou decréscimo, com variação entre 93% (ótimo) no mês de janeiro e 88% (bom) no mês de fevereiro. Da mesma forma, os aspectos negativos foram satisfatórios, com avaliações abaixo de 10% (ótimo), com exceção de fevereiro de 2021 que apresentou 12% (bom) como resultado. Assim, foi possível observar poucas alterações sobre os indicadores, tendo leve redução e aumento sobre os aspectos positivos e negativos, respectivamente. Além disso, demonstrou significativo aumento do resto-ingestão no mês de janeiro de 2021 e poucas alterações no índice de satisfação relacionado à aceitação dos cardápios pelos funcionários do hospital.

Palavras-chave: Avaliação Qualitativa das Preparações do Cardápio; Desperdício de Alimentos; COVID-19; Serviços de Alimentação.

1. INTRODUÇÃO

Considerada parte de um sistema maior, a Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) realiza atividades essenciais para a subsistência de empresas (TEIXEIRA, 2006).

As refeições oferecidas pelas UANs devem ser planejadas pelo profissional nutricionista e atender às demandas da população. Desta forma, os cardápios devem garantir a promoção e a prevenção da saúde, além de possuir preparações interessantes e diversificadas (NOGUEIRA, 2020).

A avaliação da adequação do planejamento do cardápio pode ser feita por meio de alguns instrumentos, como a Avaliação Qualitativa das Preparações dos Cardápios (AQPC), que avalia tanto a qualidade nutricional quanto a sensorial (cores, repetições, combinações, técnicas de preparo, presença de folhosos, frutas,

teor de enxofre dos alimentos), servindo para a identificação de eventuais erros na elaboração dos cardápios e possibilitando modificações (CARNEIRO, 2020; MAIA, 2020).

Além do método AQPC, a refeição pode ter sua qualificação e eficiência avaliadas pela quantia de sobras e restos. Assim, ao expressarem, em percentual, a relação entre o alimento desprezado, sua qualidade e quantidade, podem indicar o grau de aceitação do que foi oferecido, possibilitando a investigação do desperdício (SANTANA, 2019). Assim, a análise do índice de satisfação pode auxiliar na melhoria do serviço oferecido na UAN, por meio de planos que incidam sobre os critérios mal avaliados, efetuando estratégias que atendam às expectativas do público (SILVA, 2018).

Dessa forma, para identificar as falhas e dificuldades apresentadas em atividades realizadas em um serviço de alimentação, o uso das ferramentas da qualidade é sempre essencial (GOMES; FERREIRA; SILVA, 2018).

Este trabalho se justifica devido a carência de pesquisas acerca de interferências da pandemia na qualidade de cardápios e, conseqüentemente, aceitação da população, sendo necessária a análise por meio de indicadores de qualidade na UAN.

2. METODOLOGIA

O estudo a ser realizado é quantitativo, observacional, descritivo, transversal, executado na Unidade de Alimentação de um hospital referência em saúde mental no Estado do Ceará.

O estudo analisou as refeições do almoço de 127 cardápios, de segunda à sexta, nos intervalos de Janeiro a Fevereiro de 2019 (9 semanas), Janeiro a Fevereiro de 2020 (9 semanas), sendo anterior à pandemia Covid 19, e de Janeiro a Fevereiro de 2021 (8 semanas), no decorrer da pandemia Covid 19. A UAN produz, em média, 500 almoços por dia, de segunda a sexta, sendo 280 para pacientes e acompanhantes e 220 para funcionários. Durante o fim de semana (sábado e domingo), são produzidos 300 almoços, sendo 230 para pacientes e acompanhantes e 70 para funcionários.

Os cardápios da UAN são do tipo popular, compostos por guarnição, prato proteico, salada e sobremesa.

Segundo Prado et al. (2013), considerou-se como aspectos positivos a oferta de frutas, folhosos, e como negativos, cores iguais, repetição de sulfurados, doces, frituras, carnes gordurosas e oferta de frituras e doces frituras no mesmo dia.

A tabulação dos dados deu-se primeiramente pelas frequências absolutas para cada variável dos meses descritos. Posteriormente, os dados foram tabulados em frequência relativa, de acordo com o número total de dias dos cardápios.

A análise dos dados ocorreu por estatística paramétrica pelas medidas de tendência central e de dispersão. Os valores atribuídos ao índice da satisfação de cada mês foram realizados pela média da avaliação dos comensais por dia, e por fim, foi calculada a percentagem média mensal.

Para o resto-ingesta, foi feita a pesagem do lixo orgânico recolhido na área de devolução dos pratos. Então, foram tabulados os valores de restos diários em gramas, e assim, foram obtidas as

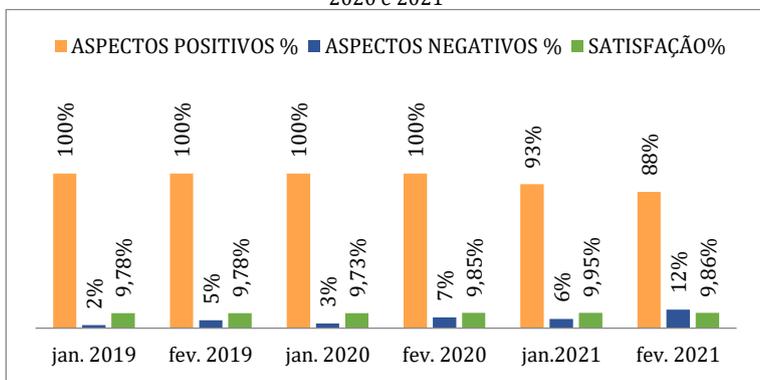
quantidades de resto ingesta de cada mês. Para o peso da refeição distribuída mensal, utilizou-se a média de peso de 512g por prato multiplicada pela quantia de comensais de cada mês. Após a coleta de dados, foi aplicada a fórmula de Teixeira e colaboradores (2006) para calcular o %RI das refeições servidas:

$$\% \text{ Índice de Resto-ingesta (RI)} = \frac{\text{Peso da Refeição Rejeitada} \times 100}{\text{Peso da Refeição Distribuída}}$$

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados encontrados na análise do índice de satisfação e do método AQPC dos cardápios dos meses de janeiro e fevereiro de 2019, 2020 e 2021 localizam-se na figura 6.1 abaixo. Sendo separados os aspectos positivos (presença de folhosos e frutas) dos aspectos negativos (monotonia, frituras, doces, frituras + doces, sulfurados) nos critérios avaliados. Assim, foi obtida excelente porcentagem de satisfação, além de cardápios coloridos, com presença de folhosos, frutas, ausência de frituras, frituras + doces, sulfurados e baixíssima presença de doces.

Figura 6.1 - Porcentagem dos índices de satisfação, aspectos positivos e negativos apresentados na UAN do tipo hospitalar no período de Janeiro a Fevereiro de 2019, 2020 e 2021



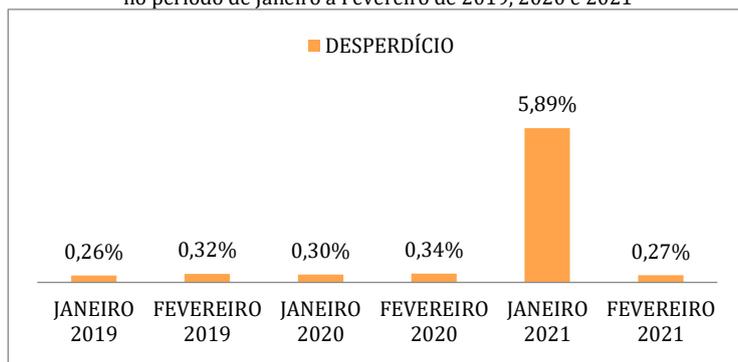
Fonte: Autoria própria

Conforme a figura 6.1, os aspectos positivos dos cardápios de janeiro e fevereiro de 2019 e 2020 apresentaram-se satisfatórios, atingindo o total de 100%. Em contrapartida, no mesmo período do ano de 2021, houve um decréscimo nos valores, com variação entre 93% (janeiro) e 88% (fevereiro), classificando-se, segundo critérios de aspectos positivos, como ótimo em janeiro e bom em fevereiro. O desvio padrão encontrado foi de 5,15%. Da mesma forma, os aspectos negativos foram satisfatórios, apresentando números abaixo de 10% nos meses de janeiro e fevereiro de 2019, 2020 e janeiro de 2021, classificando-se como ótimo. Da mesma forma, fevereiro de 2021 caracterizou-se como bom (12%).

Ainda de acordo com a figura 6.1, observa-se que os valores do índice de satisfação sofreram poucas alterações entre os meses avaliados, encontrando-se estáveis, com variações entre 9,73% e 9,95% nas porcentagens, classificando-se como bom.

Segundo a figura 6.2, o desperdício referente aos cardápios de janeiro e fevereiro de 2019 e 2020, e fevereiro de 2021 exibiram índices satisfatórios (0,26% - 0,34%), visto que o total não ultrapassou 4%. Por outro lado, o mês de janeiro de 2021 apontou aumento na porcentagem de resto ingesta (5,89%), ultrapassando 4%.

Figura 6.2 - Porcentagem dos desperdícios apresentados na UAN do tipo hospitalar no período de Janeiro a Fevereiro de 2019, 2020 e 2021



Fonte: Autoria própria

Segundo um estudo realizado por Prado et al (2013) apresentou o total de critérios analisados em classificações do percentual, como positivos e negativos. De acordo com a pesquisa, $\geq 90\%$ foi considerado ótimo, 75% a 89% bom, 50% a 74% regular, 25% a 49% ruim e valores inferiores a 25% como péssimo. Já os aspectos negativos, foram categorizados da seguinte forma: 10% ótimo, entre 11 e 25% bom, de 26 a 50% regular, entre 51% e 75% ruim e percentuais acima de 75% como péssimo.

Ademais, outro estudo, detectou, por meio de avaliações, um percentual acentuado de ocorrências na análise de presença de

folhosos no cardápio de uma UAN de Belo Horizonte - MG e por Marten et al. (2011), em Pelotas - RS, apresentado resultados idênticos na análise feita por Ramos et al. (2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os índices encontrados após o início da pandemia diferem ligeiramente dos anteriores. Assim, evidenciou-se alterações nos aspectos positivos e negativos do cardápio, com redução e aumento das porcentagens, respectivamente. Já o índice de satisfação sofreu pequenas alterações, com pouca variação na aceitação dos cardápios pelos funcionários. Paralelo a isso, o índice restrição teve um aumento significativo de desperdício apenas no mês de janeiro de 2021.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARNEIRO, N.E.D. **Avaliação qualitativa das preparações do cardápio de uma unidade de alimentação e nutrição terceirizada.** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Escola de Ciências Sociais e de Saúde - Curso de Nutrição. Goiânia, 2020.

GOMES, A. C. N.; FERREIRA, A. R. S. V.; SILVA, E. B. **A aplicação das ferramentas da qualidade em estabelecimentos de food service.** In: Anais do XXXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP), 2018, Maceió.

MAIA, S M P C; MOREIRA, M R; MOURA, M F; BRAGA, A J M; SILVA, I B. **Análise do cardápio de quatro unidades de alimentação e nutrição á luz do método de avaliação qualitativa das preparações do cardápio - AQPC, Brasil.** *Brazilian Journal Of Health Review*, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 9481-9494, 2020. *Brazilian Journal of Health Review*. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-185>.)

MARTEN, T et al. **Avaliação Qualitativa das Preparações do Cardápio em Restaurante Universitário em Pelotas - RS.** UFPEL. XX Congresso de Iniciação Científica. II Mostra Científica. 2011.

NOGUEIRA, G.; AQUINO, E.; MOLINA, V. B. C. **Avaliação qualitativa de cardápios em unidades de alimentação e nutrição.** Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS), v. 2, n.04, ano 2020, p. 47 - 61.
PRADO, BG; NICOLETTI, AL; FARIA, CS. **Avaliação Qualitativa das Preparações de Cardápio em uma Unidade de Alimentação e Nutrição de Cuiabá - MT.** UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, Paraná, v.15, n.3, p.219- 23, jul/2013.

RAMOS, SA et al. **Avaliação qualitativa do cardápio e pesquisa de satisfação em uma unidade de alimentação e nutrição.** Alimentos e Nutrição = Brazilian Journal of Food and Nutrition, Araraquara, São Paulo, v.24, n.1, p.29-35, jan-mar/2013.

SANTANA, K. L.; FERNANDES, C. E. **Análise de resto-ingesta e sobra suja em uma UAN hospitalar de Recife - PE.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo. v.13. n.81. p.845-851. Set./Out.2019. ISSN 1981-9919.

SILVA, B D G; ALENCAR, M S; RODRIGUES, A B C; PEREIRA, D M. **ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DOS COMENSAIS DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE CAXIAS-MA.** In: V CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 5., 2018, Campina Grande. **ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DOS COMENSAIS DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE CAXIAS-MA.** Campina Grande: Realize Eventos Científicos e Editora Ltda, 2018.)

TEIXEIRA, S. M. F. G. et al. **Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição.** São Paulo; Editora Atheneu, 2006.

CAPÍTULO VII

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NO CUIDADO FARMACÊUTICO AO PACIENTE IDOSO PSIQUIÁTRICO

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-7

Ana Karoline Ribeiro Novais¹

Angela Maria Alves da Costa²

Virna Jucá Saraiva³

Pedro Henrique Sá Costa⁴

Jeferson Falcão do Amaral⁵

Dulce Maria Nascimento Coelho⁶

¹ Farmacêutica - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde

² Farmacêutica - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Farmacêutica - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Farmacêutico - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Farmacêutico - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde

⁶ Farmacêutica - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

RESUMO

O aumento da expectativa de vida traz consigo o aumento na utilização de medicamentos, que por vezes resulta em um uso indiscriminado com graves impactos clínicos e econômicos. Foi adotada uma metodologia de caráter exploratório, transversal com abordagem qualitativa, do tipo revisão de literatura, a plataforma utilizada para o levantamento dos dados foi a base virtual *Google acadêmico*, com as seguintes palavras-chaves: Cuidado Farmacêutico, Psiquiatria e Saúde do Idoso. O envelhecimento populacional e as prevalências de doenças comuns originadas do envelhecimento patológico deixaram de fazer parte de um futuro eminente e já fazem parte do presente. O desenvolvimento de um novo plano de saúde é de suma importância, plano esse que tem como peça fundamental a presença atuante do Farmacêutico

Clínico no âmbito hospitalar, o qual passa a ocupar um papel central na promoção da melhora na qualidade de vida do paciente geriátrico, atentando a cada peculiaridade que esse grupo apresenta.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Idoso, Saúde do Idoso, Geriatria, Psiquiatria.

1. INTRODUÇÃO

A saúde da pessoa idosa é fruto de muitos debates, as peculiaridades dessa faixa etária, aliadas a falta de estudos formam obstáculos para a promoção da qualidade de vida desse grupo etário. Nos últimos anos, esses pontos vêm se intensificando devido a mudanças na pirâmide etária derivadas da transição demográfica e epidemiológicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que até 2025 o Brasil será o sexto país em números de idosos do mundo (OMS, 2005; DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

Entretanto, o aumento da expectativa de vida traz consigo o aumento na utilização de medicamentos, que por vezes resulta em um uso indiscriminado com graves impactos clínicos e econômicos (NASCIMENTO et al., 2008).

Analisando o contexto apresentado, uma peça fundamental na melhoria e no cuidado do idoso, no âmbito hospitalar, é o Farmacêutico Clínico, mais especificamente atuando no contexto da Atenção Farmacêutica (AF); essa qualificação busca realizar um plano medicamentoso que proporcione ao paciente a melhor terapêutica, levando em consideração todo um cenário socioeconômico e tendo, como resultado final, o melhor prognóstico possível.

2. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi adotada uma metodologia de caráter exploratório, transversal com abordagem qualitativa, do tipo revisão de literatura, com a utilização de periódicos científicos disponibilizados por livre acesso na internet (PRADANOV; FREITAS, 2013). Para a escolha dos artigos científicos e teses, foi levantada a pergunta: Qual a importância do Farmacêutico Clínico no cuidado ao paciente geriátrico no âmbito hospitalar?

A plataforma utilizada para o levantamento dos dados foi a base virtual *Google acadêmico*, com as seguintes palavras-chaves: Cuidado Farmacêutico, Psiquiatria e Saúde do Idoso. Como critério de inclusão no estudo, foi levado em consideração o ano de publicação, o qual deveria contemplar o período de março a maio de 2020; além disso, foram incluídos artigos disponibilizados em língua portuguesa e que se adequassem à dinâmica da narrativa adotada.

Para inclusão no estudo, inicialmente, os artigos e teses foram selecionados pelos resumos, a fim de verificar se sua temática seria capaz de responder à pergunta norteadora. Aqueles que se adequaram ao critério de inclusão, foram estudados e analisados na íntegra para que a análise descritiva do conteúdo pudesse ser realizada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pessoas na fase geriátrica são mais propensas a praticarem a polifarmácia e a duplicidade terapêutica, fatores que contribuem diretamente para as reações adversas e interações medicamentosas (BURTON, 2005). Nesse cenário, doenças neurodegenerativas e demências merecem uma atenção especial, partindo do pressuposto que estas são patologias de grande recorrência nessa faixa etária e tem como resultado os comprometimentos físicos, mental e social do indivíduo. Pacientes com esses quadros possuem manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas que levam a prevalência de deficiências progressivas para o paciente (GALUCCI, 2005; LUZARDO, 2006). O cenário ideal para Atenção Farmacêutica a esse público ainda se encontra distante, entretanto a necessidade é cada vez mais pontuada. O farmacêutico é o profissional encarregado do remédio, desta forma, se torna crucial sua participação para uma parcela da população que tem sua qualidade de vida diretamente relacionada ao uso de uma série de drogas. Com uma população a cada geração mais velha, e uma pirâmide etária reversa, a ideia de fármacos como produto comercial deve ser desfeita e a assistência farmacêutica ocupa um espaço significativo nesse contexto.

Esse cenário já é presente em países como Canadá, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Espanha, Portugal, Holanda, Suíça, Estados Unidos da América, entre outros, que já incentivaram a ampliação da atuação clínica do farmacêutico, no âmbito hospitalar, como estratégia para a obtenção dos melhores

resultados com os tratamentos e outras tecnologias em saúde e obtiveram efeitos positivos (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2008; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011; MARTÍNEZ et al., 2014).

A orientação, o acompanhamento e a relação conjunta paciente e profissional da saúde é o caminho mais seguro para garantir a qualidade de vida, principalmente ao pensar no paciente com doenças neurodegenerativas e demências, que na sua grande maioria vem acompanhadas de outras patologias de natureza crônica e com isso levam ao cenário da polifarmácia. Entretanto, nem sempre os fármacos recitados são seguros, ou até mesmo necessários ao paciente, levando a quadros de interação medicamentosa e outras complicações que poderiam ser facilmente solucionadas com o acompanhamento do Farmacêutico Clínico no âmbito hospitalar/ambulatorial no acompanhamento contínuo; reduzindo, dessa forma, morbidades relacionadas ao medicamento (FONTE, 2014; IALÁ et al., 2020).

4. CONCLUSÕES

O envelhecimento populacional e as prevalências de doenças comuns originadas do envelhecimento patológico deixaram de fazer parte de um futuro eminente e já fazem parte do presente. O desenvolvimento de um novo plano de saúde é de suma importância, plano esse que tem como peça fundamental a presença atuante do Farmacêutico Clínico no âmbito hospitalar, o qual passa a ocupar um papel central na promoção da melhora na

qualidade de vida do paciente geriátrico, atentando a cada peculiaridade que esse grupo apresenta.

5. AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Liga Acadêmica de Farmácia Clínica (LIAFAC) da UNILAB pelos conhecimentos adquiridos. Agradeço aos Farmacêuticos Clínicos do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto pela colaboração a este trabalho. Agradeço ao Prof. Dr. Jeferson Falcão do Amaral pela a orientação deste estudo e à UNILAB pela a oportunidade de estar publicando e apresentado este estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BURTON, D.G.; ALLEN, J.L.; FARRAGHER, R.G. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, v. 57, p. 671-679, fev. 2005.

DUCA G. F.; THUMÉ E.; HALLAL P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(1):113-20.

FONTE, P.S.C. Cuidados Farmacêuticos em Geriatria. Dissertação Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2014.

GALUCCI Neto J, Tamelini MC, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clín* 2005;32:119-30.

IALÁ, T.J., et al. Interações Medicamentosas Potenciais em pacientes internados em um hospital filantrópico. *Revista Enfermagem Atual In Derme* 2020, v. 92, p. 235-242, 2020.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. Evidence of primary care pharmacists' impact on health. 2008. Disponível em: Acesso em: 26 nov. 2014.

LUZARDO AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto Contexto Enferm 2006; 15:587-94.

MARTÍNEZ, F. M. et al. Consigue: Informe 2011-2014, medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedcados, en la farmacia com unitaria española. Madri: Consejo General De Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014. 168 p.

NASCIMENTO L. C.; MORAES E. R.; SILVA J. C.; VELOSO L. C.; VALE A. R. M. C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados. LILACS. Ver. Bras. Enferm. 2008; 61(4):514-7.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 12 ago 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Directrices conjuntas FIP/ OMS sobre buenas prácticas en Farmácia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. Hyderabad: FIP/OMS, 2011

PRADANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

CAPÍTULO VIII

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR – SAD, UMA SOLUÇÃO VIÁVEL, ADEQUADA E EXEQUIVEL PARA AS REINTERNAÇÕES HOSPITALARES: RELATO DE CASO

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-8

Ana Jeceline Pedrosa Tavares ¹

Raimundo Adriano Lopes do Nascimento Junior ²

Antonia Celia Pinheiro Monroe ³

Sandra Lúcia Diniz Ibiapina ⁴

Silvia Régia Jathay Cavalcante Mota ⁵

Luciana Tavares Gondim ⁶

¹ Médica Psiquiatra pela Fundação de Saúde do Estado do Ceará;

² Psicólogo Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - UNIQ;

³ Enfermeira Especialista em Administração Hospitalar - UNAERP;

⁴ Assistente Social Especialista em saúde da família - UNIFOR;

⁵ Terapeuta Ocupacional Especialista em Saúde Mental - UECE;

⁶ Médica com Residência em Psiquiatria pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará.

RESUMO

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) surgiu no ano de 2013 como um programa do Ministério da Saúde, Melhor em Casa, tratando-se de uma prática inovadora que favorece a desospitalização e assegura assistência adequada aos pacientes. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar o serviço de atendimento domiciliar de um hospital de saúde mental, apresentando um caso de experiência exitosa que o serviço é viável, adequado e exequível. Trata-se de um relato de caso de difícil manuseio na enfermagem e sem êxito por questões sócios-familiares e solicitações de decisões judiciais; sendo indicado o atendimento domiciliar como solução. No caso apresentado a paciente apresentou-se no início era hostil com a equipe, mas com o tempo

estabeleceu vínculo terapêutico, aceitando o tratamento. Está no SAD-HSM há quatro anos com quadro psicopatológico estabilizado e diabetes controlada. Evolução satisfatória. É provado por essa experiência que atender em domicílio é viável, adequado e exequível. Viável uma vez que tem um cuidador responsável para executar as orientações e cuidados necessários à saúde do paciente.

Palavras-chave: Atendimento Domiciliar; Equipe Multiprofissional; Transtorno Mental.

1. INTRODUÇÃO

O SAD-HSM (Serviço de Atendimento Domiciliar do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto) surgiu em setembro de 2013 como um programa do Ministério da Saúde, Melhor em Casa. Inspirado no serviço HOMECARE já existente em algumas instituições clínicas.

É uma extensão do hospital; uma prática inovadora que favorece a desospitalização e assegura assistência adequada aos pacientes com transtorno mental fora do ambiente hospitalar.

O SAD-HSM teve como meta inicial atender 40 pacientes, o que significa uma Unidade Hospitalar fora do hospital. Atualmente temos capacidade para atender 20 pacientes.

É composto por uma equipe multiprofissional: médica, enfermeira, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e demais profissionais de apoio como farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, odontólogo e técnico de enfermagem, proporcionando um atendimento integral e humanizado aos pacientes e familiares favorecendo uma melhora significativa, prevenindo as internações e reinternações, controlando as medicações, esclarecendo e orientando pacientes e familiares

sobre a doença mental, capacitando o cuidador/familiar nas realizações dos cuidados com o paciente, promovendo bem estar social em domicílio. Há uma coresponsabilização entre o SAD-HSM e o cuidador/familiar.

O SAD-HSM tem como objetivos:

- Assistir ao paciente em seu domicílio através de práticas educativas e assistenciais orientadas por uma equipe multiprofissional;
- Retardar as complicações das patologias crônicas;
- Contribuir para a reinserção sócio familiar dos portadores de transtornos mentais;
- Promover a desospitalização dos pacientes crônicos;
- Otimizar leitos para pacientes em crise, evitando a espera;
- Prevenir internações frequentes;
- Orientar e estimular a autonomia das atividades terapêuticas;
- Capacitar o cuidador/ familiar nas realizações dos cuidados para com o paciente.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar o caso de uma paciente com transtorno afetivo bipolar com internação de longa permanência em hospital psiquiátrico público do estado do Ceará.

2. CASO CLÍNICO

Paciente F.C.O.S, 67 anos, solteira, tem 02 filhos, servidora pública aposentada da Secretaria de Saúde do estado, reside em

casa própria desacompanhada, vizinho de uma irmã. Foi admitida neste hospital com histórico de inúmeras internações psiquiátricas. Em maio de 2015 foi internada e permaneceu por 119 dias devido à baixa adesão ao tratamento e falta de suporte familiar. Havia cometido delito por ter quebrado objetos do patrimônio público e privado, ocasionando sua prisão no instituto penal feminino Dr. Auri Moura Costa por dois meses; considerada de baixa periculosidade foi encaminhada para HSM.

Em julho de 2016 foi reinternada em caráter compulsório. Durante todo o período da internação apresentou comportamento inadequado com hostilidade, ameaças e agressão verbal aos profissionais. Esse comportamento era vivenciado no ambiente familiar e na comunidade. Há relatos de ameaças de morte dos vizinhos. Diante desse fato não era possível retornar para sua residência.

Não havia suporte da familiar, pois suas irmãs demonstravam medo dela e insegurança nos vizinhos. “A família considerava que o ideal era permanecer internada”. Familiares não realizavam visitas durante as internações o que a levava a sentir-se abandonada. Era hostil com todos e agressiva com as outras pacientes. Os filhos não tinham vínculo com a mãe. Demonstrava ser intolerante com os atendimentos dos profissionais, quebrou o telefone público do setor. É portadora de diabetes, teve infecção no pé e foi necessário amputar alguns dedos (pododáctilos). Tinha ideias de grandeza, oscilações do humor, insônia, e impulsos agressivos. Rejeitava a medicação oral e tomava medicação de depósito.

Após inúmeras tentativas de alta hospitalar sem êxito por questões sócio-familiares e decisão judicial o HSM sugeriu o atendimento domiciliar.

Em 17/01/2018 após alta hospitalar foi atendida pela primeira vez em domicílio, pela equipe multiprofissional. No início era hostil com a equipe, mas com o tempo estabeleceu vínculo terapêutico, aceitando o tratamento. Está no SAD-HSM há quatro anos com quadro psicopatológico estabilizado e diabetes controlada. Evolução satisfatória.

3. DISCUSSÃO

O atendimento domiciliar foi apropriado neste caso para a alta hospitalar devido ao longo período de internação tornando-a institucionalizada. A decisão foi assertiva e viável para desospitalização. Inicialmente a família e a paciente rejeitaram o modelo de atendimento do serviço, mas aceitaram o encaminhamento. Após elaboração do PTS (Projeto terapêutico singular) a equipe estabeleceu vínculos interpessoais, familiares e em seu território. Trabalhou a questão da fragilidade dos vínculos familiares, a sua autoestima, independência, relacionamento com os filhos e irmãs o cuidado com a saúde, higiene pessoal e do ambiente objetivando a sua reinserção sócio-familiar.

Diante da autonomia adquirida a paciente tornou-se apta à sua alta para prosseguir o tratamento na atenção secundária da rede de saúde mental. “A família, como mediadora por excelência entre a sociedade e a pessoa com transtorno mental, cabe os cuidados contínuos e cotidianos, visto que a tendência atual é de

que os serviços atuem apenas nos momentos de crise “(Dalla Vechia; Martins, 2006).

O SAD segue a Portaria nº 963/2013 GM/MS que redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde- SUS. Essa portaria prescreve que essa nova modalidade de atenção deve se caracterizar por um conjunto de ações prestadas em domicílio; ações essas relativas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma contínua e integrada às redes de atenção à saúde.

É provado por essa experiência que atender em domicílio é viável, adequado e exequível. Viável uma vez que tem um cuidador responsável para executar as orientações e cuidados necessários à saúde do paciente. Demonstra ser adequado, pois houve impacto positivo na reincidência das internações psiquiátricas. É exequível porque temos colaboradores competentes à execução do serviço assim como recurso material e financeiro. Silva et al (2010) defendem que “a atenção domiciliar possui potencial para a constituição de uma rede substitutiva ao produzir novos modos de cuidar que atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social e dos trabalhadores da atenção domiciliar”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ASSISTENCIA INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL. Disponível em <http://www.abp.org.br/diretrizes-final.pdf>.

BRASIL, AN DE VS. RDC Nº11 DE 26 DE JANEIRO DE 2006. DISPOE SOBRE O REGULAMENTO TÉCNICO DE FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS QUE PRESTAM ATENÇÃO DOMICILIAR. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30jan.2006.Seção I,p.78. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm2011/prt2527-27-10-2011.html>.

BRASIL, LEI Nº 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001. DISPOE SOBRE A PROTEÇÃO E OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E REDIRECIONA O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL. Diário oficial da União, Brasília, DF,09 abr.2001. Seção I, p2. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil> 03/Leis/LEIS 2001/L10216.htm.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 963 DE 27 DE MAIO DE 2013. REDEFINE A ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF,28 mai.2013.SeçãoI. p30. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963-27-05-2013.html>.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. O CUIDADO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO COTIDIANO DE SEUS FAMILIARES INVESTIGANDO O PAPEL DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. Estud.psicol., v.11nº2,2006, p.159-168. Disponível em: <http://bases.nireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expRSearch=456938&indexSearch=ID>.

LIMA, M.T.; NOGUEIRA, F.M.D. ATENÇÃO DOMICILIAR: MODELO ALTERNATIVO DE CUIDADO A PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS. VER. DIÁLOGOS ACADEMICOS. V.3, Nº01.JAN/JUN, 2014. Disponível em: <http://pt.calameo.com/read/002253809d499fb10d4bf>.

CAPÍTULO IX

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UMA AÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE COM ÊNFASE NA IMPORTÂNCIA DA LAVAGEM DAS MÃOS

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-9

Adriana Rocha Solon¹

Andrea Pinheiro da Rocha²

Samara Naiane de Souza Nascimento³

Samara Nunes de Souza⁴

¹ Enfermeira - Gerência de Risco Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Enfermeira - Gerente de Enfermagem Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Enfermeira - Educação Permanente em Serviço de Saúde Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Enfermeira - Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

RESUMO

Objetivou-se no presente estudo, relatar à experiência de uma ação em alusão a segurança do paciente e enfatizar a prática de higienização das mãos durante a assistência à saúde. A implantação e conscientização sobre a cultura de segurança do paciente precisam ser fortalecidas e trabalhadas dentro das instituições, a fim de fortalecer e ratificar as boas práticas em saúde, em consonância com os protocolos do Ministério da Saúde para segurança do paciente. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, elaborado no eixo temático da Segurança do Paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu o dia 17 de setembro como o Dia Internacional da Segurança do Paciente. O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto realizou um evento em alusão à data comemorativa, com a proposta de fortalecer a prática de

higienização das mãos, de forma transversal, a fim de abranger todos os profissionais que assistem os pacientes, seja diretamente ou indiretamente. O evento aconteceu de forma interativa, com a palestra acerca do tema, dinâmica, paródia e sorteio de brindes. Na ocasião, houve a presença de personagens, personificando o álcool em gel e bactérias, que percorreram os corredores do hospital e unidades de internação, a fim de conscientizar e motivar as pessoas a participarem do momento interativo. Conclui-se que o momento interativo acerca do tema em questão foi benéfico aos partícipes com ganho para instituição e para os pacientes, auxiliando na promoção da cultura de segurança do paciente, expondo o quão importante e necessário são as ações que visam melhorias na assistência à saúde e que promovam à segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Educação em Saúde; Higiene.

1. INTRODUÇÃO

Nos hospitais, os profissionais da enfermagem constituem um maior contingente na prestação de assistência ao paciente. A implantação e conscientização sobre a cultura de segurança do paciente precisam ser fortalecidas e trabalhadas dentro das instituições, a fim de fortalecer e ratificar as boas práticas em saúde, em consonância com os protocolos do Ministério da Saúde para segurança do paciente. Tal conscientização deve abranger não somente os profissionais da enfermagem, mas todas as categorias que prestam assistência à saúde e têm um papel fundamental na recuperação do doente.

Desde os primórdios, a enfermagem está comprometida com a segurança do paciente. A precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale (1863), de uma maneira ainda incipiente, ratifica a importância da instituição hospitalar não

causar dano ao paciente. Tida como uma enfermeira sanitaria da época fundamentou a teoria ambientalista em seus inscrites, frisou a importância de um ambiente saudável, salubre e práticas de higiene que corroboravam com a recuperação dos enfermos (*apud* MARTINS; BENITO, 2016)

No Brasil, em 2013 foi instituído a Política Nacional de Segurança do Paciente, através da portaria de nº529, e a criação dos protocolos do Ministério da Saúde em consonância com as seis metas internacionais de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

As metas internacionais de segurança do paciente foram traçadas em 2006, através da aliança entre a Joint Commission International (JCI) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre as metas estabelecidas, a quinta meta versa sobre a redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, com ênfase na prática da higienização das mãos, algo simples, mas de relevância e grandes impactos quando falamos de segurança na prestação de assistência a saúde (EBSERH, 2021).

Diante do exposto, buscar ações que visam fortalecer condutas e medida preventivas específicas e que promovam um cuidado seguro, é pertinente nos serviços de saúde, visando conscientizar e unificar a conduta de todos os profissionais que direta ou indiretamente prestam assistência ao paciente.

Com isso, objetivou-se no presente estudo, relatar à experiência de uma ação em alusão a segurança do paciente e enfatizar a prática de higienização das mãos durante a assistência à saúde.

2. DESCRIÇÃO DE CASO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, elaborado no eixo temático da Segurança do Paciente. Evento ministrado por profissionais do Estabelecimento de Saúde, referência em Saúde Mental no Estado do Ceará, Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. O evento relatado ocorreu em setembro de 2021, na cidade de Fortaleza-CE.

O evento aconteceu de forma interativa, com a palestra acerca do tema, dinâmica, paródia e sorteio de brindes. Na ocasião houve a presença de personagens, personificando o álcool em gel e bactérias, que percorreram os corredores do hospital e unidades de internação, a fim de conscientizar e motivar as pessoas a participarem do momento interativo.

Inicialmente, os personagens (álcool em gel e bactérias), realizaram a busca ativa divulgando o evento e convidando os profissionais para o mesmo (Figuras 9.1 e 9.2).

Figura 9.1 - Personagens álcool em gel e bactérias



Fonte: Elaboração própria.

Figura 9.2 - Álcool em gel



Fonte: Elaboração própria.

Em um segundo momento, com os participantes já no ambiente da apresentação houve um momento de orientação e conscientização para a correta higienização das mãos. Posteriormente a isso, para validação a compreensão do conteúdo explanado com os participantes, utilizou uma roleta interativa com perguntas relacionadas ao tema abordado e os participantes foram premiados.

As metas internacionais de segurança do paciente foram enfatizadas, explicadas de forma clara e objetiva, com linguagem concisa e acessível a todos os partícipes, sendo estes multiprofissionais, contemplando as diversas categorias presentes na instituição.

A sala para a realização do evento foi organizada com o objetivo de facilitar a interação entre os participantes, vale ainda ressaltar que o protocolo do distanciamento social foi respeitado de acordo com o protocolo vigente no período (Figura 9.3).

Figura 9.3 - Ambientação



Fonte: Elaboração própria.

Durante o evento, além das metas, houve uma paródia com coreografia voltada à conscientização da lavagem das mãos de

forma correta, enfatizando a importância de todas as categorias manterem o compromisso de promover uma assistência segura e livre de danos, evitando infecções e promovendo a segurança do paciente.

O evento foi realizado em dias e turmas variadas, a fim de contemplar mais participantes. Ao final, alcançamos um público de aproximadamente 100 profissionais das mais diversas categorias do hospital, dentre elas: médicos, equipe de enfermagem, nutrição, serviços de limpeza, segurança, psicólogos, entre outras categorias (Figura 9.4 e 9.5).

Figura 9.4 - Participantes



Fonte: Elaboração própria.

Figura 9.5 - Autores



Fonte: Elaboração própria.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu o dia 17 de setembro como o Dia Internacional da Segurança do Paciente. O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto realizou um evento em alusão à data comemorativa, com a proposta de fortalecer a prática de higienização das mãos, de forma transversal, a fim de abranger todos os profissionais que assistem os pacientes, seja diretamente ou indiretamente.

Devido o período epidemiológico vivenciado, é de grande valia um evento com essa temática, uma vez que o cenário atual requer atenção quanto à higienização das mãos. Além da promoção acerca da temática segurança do Paciente, a ação educativa favorece a prevenção contra a covid-19 e as demais doenças.

Segue paródia do evento:

PARÓDIA

Para prevenir uma infecção
E evitar um grande problema
Eu vou usar água e sabão¹
Ou vou usar álcool 70

Eu vou te ensinar então
A higienizar corretamente as suas mãos
Seja qual for à profissão
São cinco passos na sequência
(é muito "facim")

Antes de tocar o paciente
(faz a higienização)
Antes de um procedimento
(Não esquece Lave as Mãos)
Se expôs a fluidos corporais
(Lave as Mãos com água e sabão)
Após tocar o paciente
(álcool 70 nas mãos)
Superfície no ambiente
(lave sempre bem as mãos)

Para aumentar a proteção
Friccione o polegar e a palma da mão
Se todos se conscientizar
Não proliferam as bactérias
(Nem espalha o vírus)

Se lavar com água e sabão
40 a 60 segundos as mãos

¹ A lavagem das mãos é recomendada com água e sabonete pela ANVISA. Foi realizada a paródia usando a palavra sabão, com o objetivo de manter o ritmo e a rima da música selecionada. 4 E.P Maria Da e Silva 3º ano.

Se lavar com álcool 70
É de 20 a 30 segundos
(Segue o tempo assim)

Enfermagem, medicina ou serviço social
Nutrição, roupa, segurança e direção
Todos fazem sua parte sem nenhuma exceção
Protegidos bem cuidados com a higienização

Composição: John Gladzterh;

Música: Você partiu meu coração (Versão Anitta e Nego do Borel)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o momento interativo acerca do tema em questão foi benéfico aos partícipes com ganho para instituição e para os pacientes, auxiliando na promoção da cultura de segurança do paciente, expondo o quão importante e necessário são as ações que visam melhorias na assistência à saúde e que promovam à segurança do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, p. 43, 2 abr 2013 Disponível:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 26 dez 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2013.

HOSPITALARES, Empresa Brasileira de Serviços. Ministério da Educação. Metas Internacionais de segurança do paciente. Minas Gerais, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 26 dez 2021.

MARTINS, D.F; BENITO, L.A.O. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, v. 14, n. 2, p. 153-166, jul./dez. 2016.

CAPÍTULO X

MUDANÇAS NO MODELO DE ASSISTÊNCIA A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR

DOI: 10.51859/AMPLLA.PSM303.1122-10

José Roberto Alves da Costa ¹

¹ Enfermeiro – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

RESUMO

O presente texto tem como objetivo descrever as práticas e mudanças no modelo de assistência a pacientes psiquiátricos no contexto hospitalar do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Trata-se de um relato experiência vivenciada enquanto enfermeiro assistencialista e gestor¹, vivenciada no final da década de 70 internação de psiquiátrica de 40 leitos de pacientes psiquiátricos do sexo masculino localizada no antigo “Pavilhão” atualmente, denominada de Unidade IV. A descrição dos fatos, análises e avaliação dos resultados tem como foco as mudanças ocorridas na estrutura física da Unidade e a implantação de uma equipe interdisciplinar. Utilizaram-se como fonte de coleta de dados e informações o cronograma de atendimento das atividades de rotina de funcionamento da unidade, atas das reuniões, prontuário dos pacientes, livros de ocorrências, arquivos do Sistema de Arquivo Médico e Estatístico. As principais mudança na estruturação física ocorreram com a retirada de portões e grades de ferro das enfermarias do posto de enfermagem, extinção dos chamados “agudos” e sua substituição por intercorrências clínicas e a implantação da equipe interdisciplinar para um atendimento integral e acompanhamento de pacientes psiquiátricos no contexto hospitalar. Evidenciou-se obstáculos e resistência na transição para implantação das mudanças. Os resultados mostraram uma transformação do paradigma arcaico de hospício manicomial e

progressiva substituição para um novo modelo da assistência na estrutura da unidade e essencialmente nos processos de trabalho. Pode-se concluir a partir dos fatos narrados no presente relato, que houve uma transformação e o surgimento de um novo modelo de tratamento de assistência aos pacientes psiquiátricos no contexto hospitalar atualmente, em 2021, pode-se verificar que o presente modelo de tratamento se encontra institucionalizado e consolidado em todas as Unidades do HSM, sendo referência no tratamento no atendimento e acompanhamento e assistência de pacientes psiquiátricos no Estado do Ceará e no Brasil.

Palavras-chave: Paciente psiquiátrico; Mudanças modelo de tratamento.

1. INTRODUÇÃO

O presente texto tem como objetivo relatar experiência como enfermeiro assistencialista e gestor na Unidade de internação de psiquiátrica de 40 leitos de pacientes do sexo masculino no contexto hospitalar do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). A descrição dos fatos, análises e avaliação dos resultados tem como foco as mudanças na estrutura física da Unidade e a implantação de uma equipe interdisciplinar como enfermeiro assistencialista e gestor da unidade da unidade em referência no período de 1993 a 2000. De acordo com minha experiência que pode ser referendada e verificada pelos teóricos da Reforma Psiquiátrica, o paradigma da instituição psiquiátrica no que se refere a sua forma de tratamento, assistência e acompanhamento da doença mental foi sempre foco de discussão no Brasil especialmente no final do século XX e, continua no início do século XX até os dias atuais. Nesse período ocorreram vários momentos históricos, os quais, marcaram minha trajetória

enquanto enfermeiro e gestor da Unidade IV, destacando-se VIII Conferência Nacional de Saúde, promulgação da constituição de 1988, lei do SUS, a I e II Conferência Nacional de Saúde e promulgação da Constituição de 1988 e pela criação do SUS, movimento dos trabalhadores para transformação das condições na estrutura e tratamento dos doentes mentais, até aprovação da conhecida “Lei da Reforma Psiquiátrica” (LRP), depois de mais de 40 anos com aprovação da Lei 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216.

Pessoalmente minha trajetória profissional no HSM foi iniciada, no final dos anos 70, logo após completar aos 18 anos e atualmente, 2021, é um privilégio continuar servindo a esta valiosa instituição como enfermeiro em nome da supremacia do interesse público em especial dos pacientes portadores de transtornos mentais.

2. JUSTIFICATIVA

Diante disso, ao vivenciar e participar ativamente das mudanças para transformação da estruturação e implementação das mudanças na estruturação e processo de trabalho através dessas experiências inéditas e única iniciada, ainda, no século passado é um privilégio, a partir desta oportunidade, poder registrar esses fatos históricos no presente capítulo. E, hoje 2021, no contexto ao compartilhar essa experiência espero contribuir para o enfrentamento de demanda específicas no âmbito com os processos de trabalho como no atual modelo e forma de tratamento de saúde mental em face dessa nova “onda pandêmica” com

demandas inespecífica, difusas e inesperadas para da realidade atual. Desse modo, é nesse contexto histórico que passo a relatar minha experiência.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Em breve histórico, as primeiras experiências na Unidade IV como enfermeiro assistencial e ao mesmo tempo exercendo o cargo de gestor da unidade da unidade em referência no período de 1993 a 2000. Nesse período já havia a constatação da necessidade mudanças na estrutura e na assistência do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria modelo arcaico dos manicômios no âmbito. Na prática, foi nesse período que iniciaram-se as primeiras mudanças estruturais e no processo terapêutico na Unidade para implantação desse novo modelo, consolidado no de assistência a pacientes psiquiátricos no contexto hospitalar do HSM atualmente. De acordo com Venâncio (1990), os passos fundamentais para o avanço da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, iniciou-se em 9 de fevereiro de 2010, a partir da proposta de realização da conferência foi aprovada e a realização do evento foi em Brasília, de 27 de junho a 1 de julho de 2010 pela II Conferência Nacional de Saúde, com 176 delegados eleitos nas conferências estaduais, usuários e outros segmentos representativos é vista como um marco e um ponto de inflexão do processo, pois a partir dela o movimento assumiu o lema "por uma sociedade sem manicômios" e criou o Dia de Luta Antimanicomial.

Paralelamente, em nossa prática, é nesse contexto histórico de forma sucinta que enfrentamos grandes obstáculos e

desafios para implementar a mudanças na estrutura e processo de trabalho na unidade IV, enquanto enfermeiro e gestor, coincide, portanto com principais momento históricos da constituição de 1988, realização da I e II Conferência Nacional de Saúde Mental culminando com as propostas que fundamentaram a reforma psiquiátrica no Brasil. Segundo Amarante (1995), o principal marco de sua fundação é a chamada "crise da Dinsam" (Divisão Nacional de Saúde Mental), que eclode em 1978. Os profissionais da área denunciavam as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e vários foram demitidos. Esse movimento foi o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado com um movimento ou entidade de saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental. Assim, as primeiras experiências no modelo de atendimento e acompanhamento de pacientes psiquiátricos no contexto hospitalar do HSM ocorreram e foram institucionalizado na prática, paralelamente, passo a passo, a partir desse importante marco legal e histórico.

4. DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA ANTIGA DAS UNIDADES NO HSMM

O hospital psiquiátrico tradicional no passado foi sempre caracterizado por um espaço arquitetônico com muros altos, afastados dos grandes centros urbanos como um local de “reclusão” da loucura. Esse modelo no qual o tratamento e assistência e cuidados da saúde era baseado cuidados dos pacientes exclusivamente na internação nos hospitais psiquiátricos também

de modelo hospitalocêntrico, esse modelo de tratamento isolava os pacientes separando do convívio sócio familiar.

Nesse sentido, sou testemunha viva desse modelo de internação, em específico no final da década de 70 que as enfermarias eram chamadas de "Pavilhões" e, não de Unidades como são atualmente. Eu lembro bem que havia os pavilhões de "indigentes". Lá, o conforto físico era comprometido pela superlotação e o abandono. As enfermarias mais claras e ventiladas eram disputadas, as camas enferrujadas quebradas e os colchões sujos, ou rasgados. Os considerados "violentos" eram trancados em cela com grades de ferro no cadeado chamadas "agudo". Outros permaneciam vagando pelos corredores na mais completa ociosidade. Os profissionais reduzidos aos atendentes, o enfermeiro e um médico que atendia mais de 120 pacientes uma vez por semana. Os tratamentos disponíveis eram os neuropáticos tradicionais e o "choque" aplicado sem anestésico, eu mesmo preparava os pacientes para as sessões de Eletroconvulsoterapia (ECT) no pavilhão IV. Os pacientes em geral passavam uma média de mais de setenta dias internados por mês, fora os moradores permanentes e os crônicos que perderam o contato familiar e social.

Antes da constituição de 1988, os pacientes que não tinham convênio de planos de saúde, eram considerados "indigentes" ficavam separados. No caso do sexo masculino, eram internados e colocados no pavilhão I ou separados por enfermaria ou no chamado "porão" e ali permaneciam durante, muitos perdiam o contato com a família e tornavam-se crônicos. Dados

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), davam conta e mostravam que o Hospital nessa época tinha a capacidade de 240 leitos, mas, sempre extrapolava com uma superlotação, eu mesmo trabalhei um plantão com 130 pacientes no antigo “pavilhão” II que é hoje a Unidade I, sendo que a média de permanência nos pavilhões eram de até 60 dias internação. É importante destacar que nessa época eram apenas 2 atendentes de enfermagem e não havia equipes interdisciplinar. As enfermarias geralmente lotadas acima de sua capacidade. Lá, permaneciam sem uma proposta terapêutica de trabalho integrada. Pacientes e trabalhadores eram vítimas de uma estrutura considerada arcaica e ultrapassada. As condições físicas e estruturas eram precárias, o refeitório centralizado, onde é hoje o dos funcionários, a alimentação dos “indigentes” era insatisfatória, e não incomum era motivo de revolta e brigas. Durante esse período, tive a oportunidade de vivenciar na prática a transição de um modelo de assistência baseado exclusivamente na medicação, para uma forma de tratamento diversificado através da implantação da equipe multiprofissional enquanto participante ativo do processo de mudanças estruturais, assistenciais e funcionais.

5. MUDANÇA NA ESTRUTURA FÍSICA DA UNIDADE IV

O processo de mudanças não foi uma tarefa fácil. Começamos com a retirada de todos os portões: do posto de enfermagem, das enfermarias e das intercorrências. No início houve muita resistência da equipe como um todo, alguns pediram para sair, às críticas partiam de todos os lados do tipo “eu não quero

trabalhar no pavilhão das mudanças, isso não vai dar certo" [...]. Logo no início do processo de mudanças, a unidade IV, nesse período, foi “taxada” como “O Pavilhão das mudanças” sobretudo relacionadas a retiradas de grades. Para a efetivação das mudanças muitos têm sido os obstáculos envolvendo questões de ordem sociais, políticas, econômicas, culturais e ideológicas.

A partir da Segunda metade da década de oitenta, iniciou-se o processo de mudanças nessa estrutura. Houve uma reforma geral. Redefiniu-se a arquitetura com a construção de Unidades para quarenta leitos funcionando com equipes composta de: enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, assistente social, auxiliares de enfermagem dentre outros auxiliares de serviços diversos de limpeza e copa. O processo de abertura dos portões internos do posto de enfermagem e intercorrência foi motivo de muita discussão nas reuniões da equipe. A Unidade IV foi uma das primeiras a apresentar um estudo de caso em equipe na seção clínica dos médicos residentes que ocorriam todas as quartas-feiras. Nesse período, tivemos a oportunidade de promover o I Curso de Contenção dirigido a auxiliares e técnicos de enfermagem, o qual tive a honra de coordenar. A capacidade instalada era de 40 leitos disponíveis para a internação e tratamento de pacientes do sexo masculino portadores transtornos mentais. Essa unidade também era campo de estágio para ensino e pesquisa a estudantes e profissionais da área da saúde. Enquanto enfermeiro eu era responsável pelas escalas dos técnicos, elaboração de cronograma de atividades de rotina de funcionamento da unidade como um todo.

Interessante destacar que antes da implantação das mudanças por volta de 1992 a média de permanência de pacientes internados era 60 (sessenta) dias e após as mudanças na estrutura física e com a implantação de equipe interdisciplinar nas unidades houve uma redução significativa na média de permanência. Nesse sentido, segundo dados do Centro de Atendimento Médico-Serviço-Estatístico (CAME, 2000), a demanda destes pacientes era constituída de acordo com a procedência de 40% dos municípios do interior do Estado, 55% de Fortaleza e 5% provenientes de outros Estados, inclusive turistas estrangeiros. Com uma taxa de ocupação de 99% uma média mensal de 27 dias de permanência, com 40 internações por mês em média, numa média de 30 altas melhoradas por mês. Os diagnósticos eram estabelecidos de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do (CID-10, 1993) para instituir o tratamento psicofarmacológico.

6. O CONTEXTO NO PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Em 1992 constituiu-se na Unidade IV do HSM, uma equipe multiprofissional com equipe composta de 1(um) enfermeiro e 12 (doze) auxiliares de enfermagem 1 médico assistente, uma terapeuta ocupacional com 2 (dois) monitores, uma psicóloga e uma assistente social 1 (um) educador físico. No âmbito da assistência e acompanhamento no dos pacientes psiquiátricos internos no contexto hospitalar o trabalho em equipe foi uma mudança fundamental e essencial no desenvolvimento das atividades terapêuticas diversificadas possibilitando, deste modo, a integração do trabalho em equipe.

7. TRABALHO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA UNIDADE IV

O conjunto destas atividades configurava o cronograma de atendimento na forma individual e coletiva, possibilitando uma abordagem terapêutica diversificada, de modo integral e de acordo com as propostas de um novo modelo de atenção à saúde mental. É interessante acrescentar, ainda, que houve obstáculos pontuais e questionamentos para aceitação das mudanças e, alguns técnicos solicitaram a transferência para outras unidades, pois, não conseguiram se adaptar às novas mudanças de compromissos coletivos, em especial no cumprimento dos cronogramas, emissão de atas e relatórios das reuniões de avaliação do trabalho semanais da equipe. A composição de equipes, hoje, 2021, é uma realidade atual no modelo de assistência psiquiátrica, o objetivo é prestar uma assistência mais completa aos pacientes, familiares através de um trabalho integrado com a finalidade de um acompanhamento biopsicossocial. Na prática, a rotina do dia a dia na unidade IV aconteciam: reunião semanal com os familiares, pacientes e equipe técnica com o objetivo de esclarecimento de forma de tratamento, acompanhamento dos familiares no processo de ressocialização familiar. Essa equipe era composta por 1 (uma) terapeuta ocupacional 2 (duas) monitoras 1 (um) técnico de enfermagem 1 (enfermeiro) 1 (uma) psicóloga, os trabalhos eram realizados uma vez por semana com a escolha de até 15 (quinze) pacientes para participação e realização de grupos operativos ou terapêuticos nos quais os técnicos dirigiam o grupo com atividades de pintura psicodrama e atividades lúdicas. Em ocasiões especiais de datas

comemorativas e festividades eram realizadas atividades específicas de confecção de enfeites. A cada mês havia reuniões periódicas com a equipe multiprofissionais e representantes da direção do hospital para avaliação.

A cooperação interdisciplinar exige, por definição, qualidades de tolerância mútua, de abnegação e, até mesmo, de aparamento dos indivíduos em provento do grupo (JAPIASSU, 1988). Em minha experiência verifiquei que o trabalho em grupo favorece a integração da equipe, possibilita uma visão holística e integral do paciente nos seus aspectos biopsicossocial no atendimento de suas necessidades básicas. Nesse sentido, o portador de transtorno mental internado nesta unidade passava pelas etapas que configuram o processo assistência e tratamento terapêutico com técnicos de forma integrada e interdisciplinar no atendimento individual e coletivo objetivando desta forma um atendimento integral, consideram-se os aspectos biopsicossocial no do paciente “psiquiátrico” no contexto hospitalar conforme elencado a seguir:

7.1. GRUPO COM FAMÍLIAS

O atendimento dos familiares em grupo era fundamental para o esclarecimento das dúvidas e as orientações a respeito da forma de atendimento dos pacientes na unidade. Este encontro acontecia todas as quintas-feiras com a presença de 20 familiares em média, os pacientes e a equipe reunida com o psiquiatra, o enfermeiro, assistente social, a psicóloga e dois auxiliares de enfermagem. De acordo com Sucar (1987), espera-se, com o atendimento, que a família se torne mais tolerante para lidar com o

doente mental e conseqüentemente mais equipada para participar do tratamento do paciente.

As reuniões eram iniciadas com a apresentação da equipe técnica dos familiares e principalmente dos pacientes que têm a oportunidade de expressar as suas dúvidas, inquietações de forma coletiva e democrática. Logo no início da reunião um dos técnicos é escolhido livremente para fazer a abertura e coordenação da reunião. Alguns pacientes em função de seu quadro psicopatológico com delírio ou alucinação, mas eles permaneciam na reunião. Na visão de Jaspers (1965), a existência humana é constituída basicamente por três elementos: liberdade, comunicação, historicidade e na história, para o autor a existência revela-se livre, temporal e eterna. Ao final da reunião, alguns dos pacientes recebiam alta hospitalar, licenças, atestados, prognóstico de alta e outros encaminhamentos.

7.2. GRUPO DE ATIVIDADE LABORATIVA

Em nossa realidade executávamos as atividades de rotina formadas através de grupos com os pacientes e os componentes da equipe. Estas atividades eram desenvolvidas diariamente incluindo tarefas de resolução simples como arrumação das camas pela manhã, limpeza do pátio, copa e enfermarias.

7.3. GRUPO DE ATIVIDADES FÍSICA

Semanalmente havia a organização de um grupo de pacientes conduzidos por um educador físico, um terapeuta ocupacional e um técnico de enfermagem, os jogos de futebol

realizavam-se no campo em frente ao hoje Hospital Dia e na quadra anexa à Unidade IV.

7.4. GRUPO DE ATIVIDADE LÚDICA

Semanalmente realizamos um grupo com atividades recreativas incluindo brincadeiras, jogos de bingos, sinuca, paralelamente temos um grupo na sala de estar assistindo televisão e/ou ouvindo música. De acordo com Rycroft (1968), psicoterapia é qualquer forma de tratamento pela fala. Essa atividade era realizada semanalmente e consistia na técnica de reunir um grupo de pacientes na tentativa de formar associações de ideias e favorecer a sua terapêutica através da construção de sua autoestima em seu mundo interno e externo procurando viabilizar a subjetividade dos pacientes, suas histórias e seus “delírios”.

7.5. GRUPO OPERATIVO

Este tipo de grupo era realizado semanalmente com até 15 pacientes. A técnica de operacionalização é muito simples: a participação dos pacientes é democrática podendo haver ou não um tema ou tarefa específica. Ress & Glatt (1955) acreditam que a maneira satisfatória, e também mais prática, de organizar o hospital mental como comunidade terapêutica é aquela que se baseia em terapia de grupo, incluindo terapia ocupacional e recreativa. O grupo era conduzido pelos técnicos que após apresentação dava a palavra aos pacientes que nessa oportunidade expressavam sobre temas variados com predominância sobre seu tratamento e seus conflitos. Para Pichon Riviére (1991), pode-se falar em grupo quando um conjunto de pessoas movidas por

necessidades semelhantes se reúne em torno de uma tarefa específica.

7.6. GRUPO SOCIOTERÁPICO

É interessante destacar os recursos anímicos de objetivação dos pacientes no e oportuno a citação: "Representar-se a si mesmo é característica humana fundamental; fator indispensável e positivo, pertence a vida humana, mas pode acontecer que o homem se iluda em sua auto representação: forma, cena, gesto, em vez de efeitos vitais, vêm a constituir a própria vida, sob o aspecto de momentaneidade em perpétua mutação, ou de atitudes rígida, substituindo a vida substancial" (K. JASPERES, 1965, p.307).

8. RESULTADOS

Os resultados mostraram uma transformação do paradigma arcaico de hospícios manicomial e progressiva substituição para um novo modelo da assistência na estrutura da unidade e essencialmente nos processos de trabalho.

Logo no início e na transição para implantar as mudanças, enfrentei muitos obstáculos; com dificuldades e a resistência para aceitação à efetivação das mudanças na Unidade IV, contudo, importante destacar os resultados promovidos por essas mudanças na estrutura e funcionamento foram implantadas no restante das unidades constituindo-se no modelo atual. Foi nesse contexto histórico que vivenciamos no HSM, ao mesmo tempo as grandes transformações para transição de um modelo de assistência

considerado ultrapassado à consolidação do novo modelo de assistência e tratamento de pacientes psiquiátricos no contexto hospital.

As principais mudanças na estruturação física ocorreram com a retirada de portões e grades de ferro das enfermarias, extinção dos chamados “agudos” e sua substituição por intercorrências clínicas. Essas mudanças possibilitaram resultados muito satisfatórios, como por exemplo a diminuição do tempo de permanência que caiu em média mensal de 60 dias para 25 dias, conseqüentemente esta diminuição aumentou o número de altas hospitalares.

Assim sendo, em face dessa experiência inovadora e única possibilitou uma contribuição significativa e imprescindível para a implantação de práticas de trabalho em equipes interdisciplinares nas demais Unidades.

Atualmente é um privilégio e uma honra poder contribuir com esse relato de experiências vivenciadas; e hoje com mais de 40 anos, hoje em 2021, trabalhando como enfermeiro plantonista na Unidade de Desintoxicação vivencio as demandas e desafios no enfrentamento do trabalho multiprofissional em equipe para integração interdisciplinar.

Nesse sentido, atualmente pode-se verificar que o trabalho encontra-se consolidado em equipes interdisciplinares sendo uma realidade na prática do dia a dia em todas as unidades de internação do HSM, e isso é de extrema relevância para o enfrentamento de desafios de demandas cada vez mais difusas. E, no contexto atual em razão da pandemia a exemplo dessa pandemia

a qual tive o privilégio de poder lidar na assistência e acompanhamento de vários pacientes portadores, não somente de diversos transtornos mentais, assim como também aqueles diagnosticados com o vírus SARS-CoV-2, causador da COVID - 19 diretamente nas enfermarias a beira do leito das unidades de internações desta valorosa instituição.

9. CONCLUSÃO

Os resultados mostraram uma transformação do paradigma arcaico de hospícios manicomial e progressiva substituição para um novo modelo da assistência na estrutura da unidade e essencialmente nos processos de trabalho. Pode-se concluir a partir dos fatos narrados no presente relato, que houve uma transformação e o surgimento de um novo modelo de tratamento de assistência aos pacientes psiquiátricos no contexto hospitalar. Verifica-se, portanto, que o presente modelo de tratamento encontra-se institucionalizado, consolidado em todas as Unidades do HSM, sendo referência no tratamento, no atendimento, acompanhamento e assistência de pacientes psiquiátricos no Estado do Ceará e no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

COSTA, J. R.A. **Opinião Sobre o Tratamento Institucional Elaborada Através dos Profissionais de Nível Superior do hospital de saúde Mental**. Fortaleza, ESP,1995. Monografia

(Trabalho de Especialização) Apresentada a Escola de Saúde Pública do Ceará./datilografado.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas,1993.

Centro de Atendimento Médico e Estatístico: **Mapa de Atendimento da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará-Bol. informativo-Fortaleza,2000.**

JASPERS, K. Psicopatologia geral. **In: Os fatos significativos**, v.1, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Atheneu, 1965. p. 304-305.

JAPIASSUN, Hilton. **Interdisciplinaridade: psicologia do saber**. São Paulo: Imago, 1998.

PICHON, R. E. **Técnicas dos grupos operacionais. In: o processo grupal**. 4^a.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

RYCRUFT, C. **Dicionário crítico de psicanálise**. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1968. p.148.

REES, T. P., GLATT, M. M. **A Organização de um hospital com base na participação de grupo**. Internat J. Group Psychotherapy, v.4, p.154, 1955.

SUCAR, I.Z.; REIS, C.M.; PITTA, J.C.N. **O trabalho com famílias de pacientes atendidas na unidade de psiquiatria do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina**. Bol. de Psiq.SP.,202 (1/2):23-25,1987.

Venâncio ATA 1990. **Sobre a "nova psiquiatria" no Brasil**: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CAPÍTULO XI

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E AUDITORIA PARA AS PRÁTICAS GERENCIAIS HOSPITALARES

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-11

Ana Patricia Oliveira Moura Lima¹
Juliana Pereira Queiros²
Vitoria de Oliveira Almeida Andrade³
Loana de Almeida Carrah⁴

¹ Nutricionista - Docente do Curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza

² Nutricionista - Mestranda do Programa de pós graduação em Medicina Translacional, Universidade Federal do Ceará

³ Nutricionista - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Docente da Universidade de Fortaleza

1. INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde – SUS, a avaliação e auditoria são ferramentas presentes em sua estrutura regimental e utilizadas para melhoria da qualidade da gestão. Todavia, ainda apresentam entre os profissionais da saúde uma noção pouco clara dos significados de uma e de outra, sendo seus termos, instrumentos e interpretações muitas vezes utilizados de maneira equivocada (BRASIL, 2015).

A avaliação nos serviços de saúde vem sendo considerada como um processo de determinação da extensão com a qual as metas e objetivos estão sendo alcançados e de como esse processo fornece subsídios para uma tomada de decisão (TRONCHIN, MELLEIRO e TAKAHASHI, 2010).

Associado ao processo de avaliação há ainda a auditoria, a qual consiste no exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas (BRASIL, 1998). Nesta linha, existe a auditoria interna sendo um instrumento de fiscalização e controle, que realiza o gerenciamento das informações. Sua função é vital para o engrandecimento das instituições, ela está diretamente atrelada ao planejamento estratégico, análise de desempenho, controle de exercício, verificação de monitoramento das atividades e garantia da qualidade nos processos e serviços (ANDRADE; SICHESKI, 2017). Nesse sentido a auditoria destaca-se como um fator fundamental para a garante e fiscalização do serviço prestado ao paciente/familiar (SOUZA; JESUS; BARRETO, 2022).

A gestão hospitalar exige do gestor um conhecimento interdisciplinar, com enfoque especial nas áreas de gestão e saúde. Haja vista a importância do controle dos custos, análise de resultados e a qualificação, é extremamente indispensável a aplicabilidade da auditoria hospitalar, como agente propulsor do desenvolvimento organizacional e instrumento de controle impactando no resultado operacional institucional (ANDRADE; SICHESKI, 2017). No âmbito do SUS, a avaliação já apresenta um referencial teórico e uma prática mais consolidada. Todavia, a

auditoria não, porém o Sistema Nacional de Auditoria – SNA está tentando demarcar esses parâmetros.

Diante desse cenário, fazem-se necessários estudos que possibilitem tratar a dinâmica das práticas de avaliação e auditoria no âmbito da gerência hospitalar pública. Este trabalho se propõe a discutir esses conceitos, entendendo a importância que esses dispositivos vêm assumindo na administração pública e impactando as experiências dos pacientes na atenção hospitalar.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. AVALIAÇÃO EM SAÚDE: DA ABORDAGEM À APLICAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA

A avaliação em saúde é intrínseca às funções de gestão, sendo imprescindível para uma tomada de decisão direcionada e assertiva, pois tem como base as evidências analisadas. Ratificando essa importância, em 2015 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015 que reformula o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) configurando o processo de avaliação como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução de 19 das ações de saúde. Avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do Planejamento para o aperfeiçoamento do Sistema (BRASIL, 2015).

No âmbito do setor público, avaliação é a identificação quantitativa e qualitativa dos resultados (impactos) obtidos pelo SUS em relação aos objetivos fixados nos programas de saúde e na adequação aos parâmetros de qualidade, resolutividade, eficiência e eficácia estabelecidos pelos órgãos competentes do SUS. Trata da análise de estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade estabelecidos para o Sistema de Saúde (BRASIL, 2011; CARMO, 2011).

Em se tratando de avaliação, Bão et al. (2019), traz um enfoque para o uso dos indicadores de qualidade como um meio de mensurar e avaliar as ações em saúde, sejam elas assistenciais ou gerenciais. Os autores apontam que no cenário internacional a utilização dos indicadores para medir o desempenho e a performance hospitalar tornou-se prática padrão nos últimos anos. Uma gestão baseada em evidências, em boas práticas, métricas, avaliações de desempenho e padronização de procedimentos já vem sendo sugerida em eventos, fóruns e debates sobre sustentabilidade da saúde por todo o país.

Nesse sentido, a avaliação por performance é uma combinação de indicadores que vão estabelecer metas, para em seguida, definirem as métricas a serem utilizadas para mensurar se aquela meta foi ou não alcançada. Embora, como citado anteriormente por Schraiber et al. (1999), a avaliação possa ser interpretada com receio por profissionais da saúde, não há risco de medir performance quando a construção dos indicadores e do

processo de avaliação é claro e objetivo. Freire da Silva (2015) relata que como ferramentas que podem contribuir com a eficiência na gestão hospitalar, a experiências de utilização mostram que as métricas estimulam os profissionais de várias áreas e hierarquias a racionalizarem recursos, de forma que cada operação e processo deverá ser sempre revisto quanto a sua racionalização, otimização de recursos, necessidades reais de existirem, impactos que pesam na responsabilidade de cada cargo e de cada departamento da empresa. Todas as áreas do hospital poderão ter um indicador de performance para medir sua eficácia, o melhor procedimento, a melhor forma de desenvolver um trabalho, um processo e uma atividade.

Bonato (2011) retrata que as melhorias constantes provenientes do planejamento, revisão de processos e acompanhamento de performance, passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso. Esse movimento refletiu mudanças na gestão das organizações, cujo olhar dirigiu-se à reestruturação, inovação e para a busca de excelência, por meio de práticas mais racionais e focadas nas demandas dos clientes.

Segundo Marques (2010), qualquer esforço para melhorar a qualidade e a eficiência dos hospitais públicos dependerão do aumento da motivação e da proatividade dos seus gerentes. Não há dúvida de que esta transformação do planejamento e administração em saúde muda e renova as problemáticas e as

técnicas de organização/gestão/avaliação às quais esse personagem gestor precisa, doravante, recorrer à qualificação profissional no sentido de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que lhe são exigidos para uma atuação efetiva e de excelência.

2.2. AUDITORIA NA SAÚDE: RESSIGNIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS NA GESTÃO HOSPITALAR

A auditoria de saúde não é nova, é uma atividade de melhoria de qualidade funcionários de saúde realizam há muito tempo como parte da prática diária. O objetivo da auditoria de saúde é monitorar até que ponto os padrões para uma determinada atividade de saúde são atendidos, identificar os motivos por que eles não são atendidos e identificar e estabelecer mudanças para praticar para atender a esses padrões. A auditoria de saúde é o último passo em cuidados de saúde baseados em evidências (BRASIL, 2005).

O conceito de auditoria no âmbito da saúde, principalmente na saúde pública, por vezes tem sido confundido com o conceito da avaliação. As duas se constituem em ferramentas utilizadas para melhoria na qualidade de gestão, porém tem definições distintas. De acordo com Melo e Vaitzman (2008), a avaliação tem por objetivo compreender e descrever o serviço de saúde, estabelecendo uma concepção de valor, como evidenciado por diversos autores já citados; a auditoria, por sua vez, objetiva inspecionar a conformidade de serviço de acordo com as normas vigentes e com o planejamento e modelo de gestão da instituição.

No campo da saúde pública brasileira, as primeiras evidências de utilização da auditoria foram pelo Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social – INAMPS sendo esta ferramenta reconhecida pelo Decreto n. 809 (BRASIL, 1993), que, ao aprovar a Estrutura Regimental do INAMPS, define que esse instituto terá em sua estrutura básica órgãos de assistência direta e imediata ao presidente, compostos pela Procuradoria- Geral e Auditoria. O referido decreto ainda estabelece que a competência da Auditoria é controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros destinados à assistência à saúde e aos pagamentos de serviços prestados e repassados aos Estados, Distrito Federal e municípios, pelo INAMPS.

Como se pode observar, a auditoria surge com o caráter de contabilidade de custos e, mais tarde, com a implantação do SUS pela Lei 8.080 de 1990, é estabelecido o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, não somente como mecanismo de controle financeiro, mas técnico também, resguardando a qualidade dos serviços profissionais e institucionais além de preservar o uso adequado do dinheiro público (BRASIL, 1995).

Vale ressaltar, que o SNA foi instituído visando o controle sistemático da estrutura, dos processos e dos resultados no âmbito do SUS. A Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990) demonstra que a avaliação da qualidade na atenção à saúde, através do SNA, é estratégica no processo de construção e manutenção do SUS. Aqui, verifica-se a inter-relação entre avaliação e auditoria, onde se orienta como forma de auxílio ao controle, que as organizações de saúde utilizem

a auditoria como uma ferramenta contemporânea para atingir os seus objetivos.

Nessa perspectiva, o foco da auditoria, de forma central, é contribuir para a gestão das organizações e serviços de saúde, onde suas práticas consistem na análise dos aspectos quantitativos e qualitativos da assistência, ou seja, avaliação da eficácia e eficiência dos processos de atenção à saúde (SCARPARO e FERAZ, 2005). Nesta linha, Medeiro e Andrade (2007) relata que a auditoria, como forma de complementação das práticas de gestão, faz uma análise ampla do que se torna relevante para que possa ser considerada eficiente e eficaz, valorizando o sistema de educação e aperfeiçoamento contínuo, mostrando preocupação com a qualidade, a segurança e a humanidade, alcançando a motivação e a participação de todas as pessoas envolvidas, constituindo um sistema de caráter preventivo do erro profissional e com subsídio informacional para reparação deste. Ainda segundo Costa et al., (2021) através da auditoria, surgem-se soluções e sugestões, com o objetivo de educar todos os profissionais envolvidos e tornar a educação continuada.

A literatura classifica a auditoria em basicamente dois tipos principais: auditoria externa e interna. Esse texto se deterá a auditoria interna.

A auditoria interna, como processo de revisão, tem caráter permanente, com o objetivo de assessorar a administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades e de constituir um controle gerencial. O controle interno se faz através do exame e da verificação quanto à adequação e eficácia a um custo

razoável. O auditor, a partir de suas análises, sugere orientações para elaboração ou reformulações nos padrões e rotinas (PERES JÚNIOR, 2004).

De acordo com Moura, Lopes e Barbosa (2017) a auditoria interna tem como desígnio elaborar um plano de ação que ajude no alcance dos objetivos da organização, por meio de uma metodologia sistêmica e orientada para o alcance da eficácia do gerenciamento de riscos, aumentando o valor da organização, assim como o aperfeiçoamento de suas operações. Nesse sentido, entende-se a auditoria como uma oportunidade para que os gestores e responsáveis dos departamentos melhorem seus processos junto às equipes de trabalho. Devem ainda agregar valores à instituição, identificando pontos fortes e fracos, auxiliando a alta administração ao proporcionar análises, sugestões e comentários objetivos acerca das atividades e instalações auditadas.

Nos últimos anos, tem se discutido sobre o papel da auditoria interna como um componente-chave da governança corporativa das grandes empresas. Esta atividade tem se expandido nas últimas décadas em decorrência da evolução da legislação de combate a fraudes e das normas de transparência pública exigindo cada vez mais profissionais habilitados e competentes (MIRANDA; LIMA, 2019; FREITAS et al., 2020).

Portanto, a auditoria interna hospitalar deve ser entendida como uma ferramenta de apoio gestão e a tomada de decisão e, neste sentido, possui um valor fundamental no processo de investigação sistemático, utilizando-se de relatórios para

aperfeiçoar os resultados da instituição, reduzir os gargalos produtivos, melhorar a qualidade na prestação de serviços, incentivar a participação de colaboradores das mais diversas áreas e agregar ao desenvolvimento institucional (ANDRADE e SICHESKI, 2017).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do contexto apresentado, pode-se concluir que a avaliação e auditoria são termos aplicados ao movimento da Qualidade em Saúde no Brasil, em busca de excelência no gerenciamento de instituições hospitalares públicas. Nessa perspectiva, ambos os termos passam a ser ferramentas de gestão relacionadas a qualidade dos colaboradores, dos processos e dos resultados dos seus serviços oferecidos aos usuários no âmbito da saúde. Ainda avalia o desempenho dos profissionais de saúde com relação aos aspectos éticos, técnicos e administrativos, com qualidade, eficiência e eficácia das ações de assistência à saúde.

Assim, avaliação e auditoria precisam ser entendidas pelos gestores como uma possibilidade de melhoria gerencial devendo ser aplicadas a prática de trabalho em unidades hospitalares da gestão pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F.B de; SICHESKI, S. J. Auditoria interna hospitalar: Uma atividade de apoio à tomada de decisão. *Rev. Espacios*, v.38, n.24, p. 13-23. 2017

BÁO, A.C.P.; AMESTOY, S.C.; MOURA, G.M.S.S.; TRINDADE, L.L. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. v.72, n.2, p.377-84, 2019.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. Rev. O mundo da Saúde, São Paulo. v.35, n.5, p. 319-331.2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 809, de 24 de abril de 1993. Aprova a Estrutura Regimental do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para vigência transitória; altera o Anexo II, parte a e b, do Decreto n. 109, de 2 de maio de 1991, e dá outras providências. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Dispõe sobre a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em novembro de 2021.

CARMO, K. C. D. do. Gestão de qualidade nos serviços de saúde: o papel da auditoria MBA em Gestão Hospitalar (Monografia pós-graduação). Universidade Castelo Branco, Atualiza Associação Cultural. Salvador, 2011.

COSTA DA, SANTOS EG, BARBOSA JJR. Auditoria em enfermagem na qualidade e cuidado ao paciente.Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS. 2021; 3(3):60-8.

____. Decreto n 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm . Acesso em novembro de 2021.

FREIRE DA SILVA, A. Indicadores como instrumentos para a tomada de decisão: uma contribuição sobre a construção de Indicadores Hospitalares e sua importância para a Gestão[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Trabalho final de Master 2015. Acesso em 18/11/2021 em

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/06/Tema_04.04_Indicadores_como_instrumentos.pdf

FREITAS, S.M; MOREIRA, C.S.; DA SILVA, A.R.P.; NASCIMENTO, I.C.S do; MELO, G.C.V. Percepção dos auditores e auditados sobre as práticas de auditoria interna como direcionamento na decisão gerencial. Rev. Controle, Fortaleza, v. 18, n.2, p. 349-383, jul./dez. 2020.

MARQUES, K.O. A. Auditoria dos hospitais públicos: diretrizes para uma fiscalização sistemática pelo tribunal de Contas de Pernambuco. Mestrado Profissional de Saúde Pública, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2010.

MEDEIROS, U. V.; ANDRADE, J. M. V. Guia de estudo de auditoria. Apostila do curso de especialização em odontologia do trabalho. São Paulo: Faculdade de odontologia São Leopoldo Mandic, Mundi Brasil, 2007

MELO, M. B. de; VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 152-164, 2008. Disponível em www.seade.sp.gov.br/produtos. Acesso em novembro de 2021.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 31 _____.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998

MIRANDA, C. S.; LIMA, J. P. R. Percepções sobre o turnover na atividade da auditoria interna: um panorama do contexto brasileiro. *Revista Ambiente Contábil*, Natal, v. 11, n. 2, p. 220-238, 2019

MOURA, R. G.; LOPES, P. L.; BARBOSA, M. V. A importância da auditoria interna na prevenção de fraudes nas organizações. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 14., 2017, Resende. Anais eletrônicos [...]. Resende: SEGeT, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2Ypb4vY>. Acesso em: 18 nov. 2021.

PERES JÚNIOR, J.H. Auditoria de demonstrações contábeis: normas e procedimentos. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

SCAPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.16, n.3, p. 302-305. 2005

SCHRAIBER, LILIA & PEDUZZI, MARINA & SALA, ARNALDO & NEMES, MARIA INES & CASTANHEIRA, ELEN & KON, RUBENS. . Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Rev Ciencia & Saude Coletiva* v. 4. 1999

_____. 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, 2005.

SOUZA, CCS; JESUS, ES; BARRETO, GMN. Auditoria de enfermagem e sua importância para gestão de qualidade no serviço de saúde. *In: os desafios das políticas sociais, inclusão e o trabalho em rede na promoção da qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Editora Epitaya, 2022. cap. 10, ISBN 978 - 65 - 87809 - 38 - 0. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/337/255>. Acesso em: 12 jan. 2022.

TRONCHIN, Daysi Maria Rizatto. MELLEIRO, Marta Maria. TAKAHASHI, Regina Toshie. A Qualidade e a Avaliação nos Serviços de Saúde e de Enfermagem. In: KURGANT, Paulina (org.). Gerenciamento em Enfermagem. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CAPÍTULO XII

ASPECTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO PROLONGADA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-12

Fábio Henrique Queiroz Pereira ¹

¹ Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Residência Médica em Psiquiatria pelo Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMPPF); Residência Médica em Medicina do Sono pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

RESUMO

A internação hospitalar é um recurso terapêutico necessário em muitas situações na assistência psiquiátrica. O surgimento de estratégias de desinstitucionalização com a reforma psiquiátrica possibilitou muitos benefícios na maneira como a assistência em saúde mental é praticada, dentre elas a busca por internações mais breves e direcionadas ao tratamento de condições agudas, como as situações de risco iminente à integridade física do indivíduo ou de terceiros relacionados a ele. Apesar dos avanços na assistência em saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica, alguns fatores parecem dificultar esse processo e permanecer contribuindo para o prolongamento de internações hospitalares. A capacidade de identificar precocemente os possíveis fatores relacionados à internação prolongada pode auxiliar no planejamento do tratamento dos pacientes. Este capítulo aborda os principais aspectos relacionados ao prolongamento da internação em hospital psiquiátrico. Os estudos revisados abordados mostram que questões demográficas, clínicas, políticas, econômicas e socioculturais parecem interferir no prolongamento de internações em hospitais psiquiátricos. Percebe-se a importância do tema e o seu impacto na dinâmica de funcionamento da rede de assistência em saúde mental local, nacional e internacional. Essas informações são úteis para a elaboração de modelos de gestão mais

eficientes de assistência psiquiátrica e auxiliar em possíveis mudanças na estruturação dos serviços de internação hospitalar.

Palavras-chave: internação prolongada, tempo de internação, hospital psiquiátrico.

1. INTRODUÇÃO

Durante muitos anos, o tratamento instituído através da internação psiquiátrica teve como característica o tempo prolongado, sendo marcado pela ocorrência de violência, abandono e isolamento de pacientes (VIDAL, BANDEIRA e GONTIJO, 2008). A introdução dos neurolépticos e a mudança de paradigmas na prática psiquiátrica, na década de 50 do século XX, possibilitou que muitos pacientes em situação de internação prolongada pudessem receber alta (BAEZA, ROCHA e FLECK, 2017). Nos anos 60, a desinstitucionalização desses pacientes levou a uma redução importante no número de leitos psiquiátricos em serviços públicos e privados (MISEK et al, 2017). Nas últimas décadas, vários países vêm adotando políticas públicas voltadas para a desinstitucionalização, visando tornar o adoecimento mental uma questão a ser cuidada em ambiente comunitário, integrado à sociedade. Nessa perspectiva, passa a haver um entendimento do tratamento psiquiátrico em ambiente hospitalar como algo que deve ser de curta duração e com indicação clínica bem definida, assim como implicado em aumento de custos (PAUSELLI et al, 2016).

No Brasil, esse movimento de mudança no cuidado em saúde mental é representado pelo processo da reforma psiquiátrica

brasileira, a qual tem sua origem estimada na segunda metade da década de 1970 (TENÓRIO, 2002). A reforma psiquiátrica incentiva uma redução progressiva dos leitos de internação em hospitais psiquiátricos através da construção de programas e dispositivos de assistência substitutivos, tais como: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas e residências terapêuticas (HIRDES, 2009).

Nos anos seguintes, o processo de desinstitucionalização de indivíduos com histórico prolongado de internação psiquiátrica avançou consideravelmente, apoiado em mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos no Brasil e expansão dos serviços substitutivos. Apesar de acontecer em ritmos diferentes, a redução do número desses leitos vem se efetivando em todos os estados brasileiros (BRASIL, 2005). Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de julho de 2021, em 2007 existiam 30.442 leitos psiquiátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais especializados em Psiquiatria, reduzindo para 13.240 leitos em 2021, sendo 470 deles no Ceará.

Ao longo dos anos, todavia, percebe-se que o processo de reforma psiquiátrica no Brasil é caracterizado por uma oscilação entre períodos de aumento das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, e períodos em que ocorre um atraso do processo (HIRDES, 2009).

2. DISCUSSÃO

Apesar da nova realidade que se faz necessária para a melhoria da assistência em saúde mental, observa-se que fatores políticos, econômicos e socioculturais interferem nesse processo de mudança, sendo importante citar o estigma social em relação à doença mental e o descompasso entre a velocidade de fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção de serviços substitutivos capazes de absorver e assistir os pacientes até então institucionalizados.

Além de infraestrutura, esses serviços precisam estar equipados com profissionais capacitados a operar dentro de novas estratégias. As mudanças no modelo de assistência não ocorrerão somente através de medidas de cunho legislativo. É preciso que aconteça a desconstrução do modelo manicomial enraizado nos profissionais e no senso comum, caso contrário haverá a perpetuação do modelo hospitalar nas práticas dos serviços substitutivos (HIRDES, 2009).

A internação hospitalar permanece sendo um recurso terapêutico bastante necessário, sobretudo em circunstâncias de quadros psiquiátricos agudos, como em situações de risco iminente à integridade física do indivíduo ou de terceiros relacionados a ele. Nesse sentido, a capacidade de identificar previamente possíveis fatores relacionados ao prolongamento da internação pode auxiliar no planejamento do tratamento de pacientes que necessitem ser admitidos em hospitais psiquiátricos (BAEZA, ROCHA e FLECK, 2017).

Muitos estudos internacionais têm buscado uma melhor compreensão dos fatores associados à internação psiquiátrica prolongada, o que pode ser útil para a redução do tempo de internação e melhor organização dos custos de gestão hospitalar, assim como para a manutenção de uma assistência satisfatória (PICCINELLI et al, 2016; MISEK et al, 2017). O tempo de internação é uma medida de documentação simples e amplamente acessível retrospectivamente através dos registros hospitalares, sendo por isso comumente utilizada em pesquisas que avaliam políticas e intervenções na assistência à saúde (WOLFF et al, 2015).

Com a redução do número de leitos psiquiátricos e a mudança da percepção de como eles deverão ser utilizados na rede de saúde mental em transição, passa a haver a necessidade de estudos para adequar o serviço nessa nova realidade de assistência, visando, por exemplo, evitar a ocorrência de admissões inapropriadas e o prolongamento inadequado de internações (ZHANG, HARVEY e ANDREW, 2011).

A partir das ideias propostas pela reforma psiquiátrica brasileira e das dificuldades encontradas em estabelecê-la plenamente, surge a necessidade de estudos em instituições nacionais que avaliem a assistência psiquiátrica ofertada, tendo como foco a redução do tempo de permanência em ambiente hospitalar. Considera-se que a existência de variáveis clínicas, socioeconômicas e técnico-assistenciais possa interferir no tempo de internação psiquiátrica.

Teoriza-se que as diferenças no tempo de internação podem ter relação com as opções de tratamento disponíveis nos

diferentes lugares, assim como com os aspectos culturais em relação à assistência psiquiátrica (BAEZA, ROCHA e FLECK, 2017). Também devem ser considerados os aspectos clínicos, relacionados à rede social de apoio e referentes às condições de acompanhamento ambulatorial (MACHADO e SANTOS, 2011).

Machado e Santos (2011) estimam que indivíduos com 40 anos ou mais apresentem maiores taxas de permanência hospitalar. Pauselli et al (2016) encontraram, em estudo numa unidade psiquiátrica em hospital geral italiano, idade média de $41,8 \pm 14,1$ anos. O gênero feminino está associado a maior tempo de internação psiquiátrica segundo alguns estudos sobre o tema (TULLOCH, FEARON e DAVID, 2010; GOPALAKRISHNA, ITHMAN e MALWITZ, 2015). Todavia, outros estudos mostram um predomínio do gênero masculino nas internações psiquiátricas (SOUZA, SOUZA e MAGNA, 2008; BARROS et al, 2010; CHUNG, CHO e YOON, 2009).

Solteiros, separados e viúvos tendem a ter maior tempo de internação psiquiátrica em relação a indivíduos casados (MACHADO e SANTOS, 2011; TULLOCH, FEARON e DAVID, 2010; GOPALAKRISHNA, ITHMAN e MALWITZ, 2015; PAUSELLI et al, 2016).

Zhang, Harvey e Andrew (2011) sugerem que ter o ensino médio completo é preditor para tempo de internação menor. Em contrapartida, Golapalakrishna, Ithman e Malwitz (2015) encontraram que um maior nível de escolaridade estaria associado a maior tempo de internação. Alguns trabalhos revisados encontraram que pacientes que trabalham tiveram menor tempo

de internação quando comparados àqueles desempregados (BARROS et al, 2010; GOPALAKRISHNA, ITHMAN e MALWITZ, 2015). Baeza, Rocha e Fleck (2017) encontraram, como único fator sociodemográfico relacionado ao tempo de internação, o fato de não ter renda própria, sugerindo maiores dificuldades sociais para receber alta.

A presença de internação psiquiátrica anterior é outra variável bastante discutida em estudos sobre internação prolongada (GOPALAKRISHNA, ITHMAN e MALWITZ, 2015; BAEZA, ROCHA e FLECK, 2017). Alguns estudos fazem menção ao fenômeno da “porta-giratória”, no qual pacientes que geralmente possuem transtornos mentais mais graves apresentam admissões frequentes, mesmo que curtas, em serviços de internação psiquiátrica e permanecem pouco tempo com sintomas bem controlados (BOTHÁ et al, 2009; BAEZA, ROCHA e FLECK, 2017). Vale citar também a relação existente entre reinternações hospitalares e baixa adesão ao tratamento ambulatorial (MACHADO e SANTOS, 2011).

Pesquisas revisadas encontraram um predomínio de transtornos psicóticos em suas amostras, relacionando-os a prolongamento do tempo de internação (TULLOCH, FEARON e DAVID, 2010; BAEZA, ROCHA e FLECK, 2017). Wolff et al (2015) encontraram em sua amostra uma maioria de pacientes com transtornos de humor, o que também estaria relacionado a aumento no tempo de internação. Em contrapartida, transtornos relacionados ao uso de substâncias parecem estar associados a

menor tempo de internação (GOPALAKRISHNA, ITHMAN e MALWITZ, 2015; WOLFF et al, 2015).

Zhang, Harvey e Andrew (2011) mostram que características da doença e falta de suporte social podem prever uma internação psiquiátrica prolongada. Wolff et al (2015) encontraram que a severidade e a cronicidade da doença têm efeitos importantes no aumento do tempo de permanência hospitalar. A necessidade de uso de contenções físicas, algo frequente nesse grupo de pacientes, também foi relacionada a prolongamento da internação (GOPALAKRISHNA, ITHMAN e MALWITZ, 2015).

Muitas pesquisas recentes, percebendo a importância do estudo de tais variáveis, têm se dedicado a analisá-las, com o intuito de identificar, ainda durante a admissão no hospital, quais pacientes apresentam maior chance de prolongar a internação. Essa avaliação é importante, especialmente quando se busca a redução de custos nas instituições hospitalares (PAUSELLI et al, 2016).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, percebe-se a importância de discussões sobre os aspectos relacionados à internação psiquiátrica prolongada e o seu impacto na dinâmica de funcionamento da rede de assistência em saúde mental local, nacional e internacional. Nota-se a necessidade de caracterizar o perfil das variáveis relacionadas ao prolongamento dessas internações a fim de melhorar a assistência em saúde mental. Essas informações são fundamentais na melhoria

da gestão hospitalar e na elaboração de modelos mais eficientes de assistência psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAEZA, F. L.; ROCHA, N. S. da; FLECK, M. P. Predictors of length of stay in an acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, p.1-8, 2017.

BARROS, R. E. M. et al. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.145-151, jun. 2010.

BOTHA, U. A. et al. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, [s.l.], v. 45, n. 4, p.461-468, 18 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

CHUNG, W.; CHO, W. H.; YOON, C. W. The influence of institutional characteristics on length of stay for psychiatric patients: A national database study in South Korea. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 68, n. 6, p.1137-1144, mar. 2009.

DATASUS - CNES - **Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.

GOPALAKRISHNA, G.; ITHMAN, M.; MALWITZ, K. Predictors of length of stay in a psychiatric hospital. **International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.238-244, 22 jul. 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.297-305, fev. 2009.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A. dos. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p.16-22, 2011.

MISEK, R. K. et al. Psychiatric Patient Length of Stay in the Emergency Department Following Closure of a Public Psychiatric Hospital. **The Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 53, n. 1, p.85-90, jul. 2017.

PAUSELLI, L. Predictors of Length of Stay in an Inpatient Psychiatric Unit of a General Hospital in Perugia, Italy. **Psychiatric Quarterly**, [s.l.], v. 88, n. 1, p.129-140, 11 maio 2016.

PICCINELLI, M. et al. Typologies of psychiatric admissions and length of inpatient stay in Italy. **International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.116-120, 2 abr. 2016.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.25-59, abr. 2002.

TULLOCH, A. D.; FEARON, P.; DAVID, A. S. Length of Stay of General Psychiatric Inpatients in the United States: Systematic Review. **Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research**, [s.l.], v. 38, n. 3, p.155-168, 7 out. 2010.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

WOLFF, J. et al. Predictors of length of stay in psychiatry: analyses of electronic medical records. **Bmc Psychiatry**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1-7, 7 out. 2015.

ZHANG, J.; HARVEY, C.; ANDREW, C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. **Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 45, n. 7, p.578-585, jul. 2011.

CAPÍTULO XIII

ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR: ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-13

Daniel Araujo Kramer de Mesquita¹
Isabella Aparecida Silva Knopp²
Renato Soares Gadelha³
Carlos Celso Serra Azul⁴

¹ Médico – Residente de psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Médica

³ Médico

⁴ Médico - Psiquiatra do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

RESUMO

As Emergências Psiquiátricas são um dos componentes fundamentais da estrutura de atendimento ao paciente com transtorno psiquiátrico. Nesse contexto, valoriza-se a Emergência do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), que atende toda a grande Fortaleza, região metropolitana e casos encaminhados de outros locais do Estado do Ceará, sendo referência de qualidade em todo o Brasil e contando com programa de residência reconhecido pela qualidade de ensino-aprendizagem. Nessa emergência, somente nos anos de 2018 e 2019, foram atendidas 47.408 pessoas, e internados no hospital para diagnóstico e compensação de seus transtornos 4.333 pacientes, os quais, posteriormente, foram encaminhados para acompanhamento em ambulatórios específicos ou no Hospital Dia/Elo de Vida. Assim sendo, para garantir a sua segurança e a dos pacientes e acompanhantes, a equipe desses locais deve tomar

precauções em relação ao ambiente, ao comportamento e às condutas a serem estabelecidas. Dentre essas medidas, destacam-se uma coleta apropriada da história, a realização de exames físicos e complementares quando indicados e o correto encaminhamento para outras unidades de saúde ou à internação hospitalar. Para o sucesso desse processo, é necessário que a equipe tenha uma postura acolhedora, evitando confronto direto. Devem ainda ser munidas de medicamentos para contenção química e de técnicas para contenção mecânica caso se façam necessárias. Há ainda recomendações específicas para o ambiente da emergência, como o fácil acesso do profissional às saídas. Em resumo, esse capítulo visa identificar e esclarecer todos esses tópicos, padronizando, assim, um atendimento de qualidade. O método de elaboração foi a revisão de literatura e pesquisa de campo na emergência inicialmente citada.

1. INTRODUÇÃO

As Emergências Psiquiátricas são um dos componentes fundamentais da estrutura de atendimento ao paciente com transtorno psiquiátrico, conforme visto no capítulo introdutório deste manual. Elas recebem e destinam casos de urgência e emergência com o diferencial de terem profissionais especializados e treinados para o atendimento aos pacientes com transtornos psiquiátricos. Assim, a equipe toma as devidas precauções em relação ao ambiente, ao comportamento e às condutas a serem estabelecidas.

Nesse contexto, valoriza-se a Emergência do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), que atende toda a grande Fortaleza, região metropolitana e casos encaminhados de outros locais do Estado do Ceará, sendo referência de qualidade em todo o Brasil e contando com programa de residência reconhecido pela qualidade de ensino-aprendizagem.

Nessa emergência, somente nos anos de 2018 e 2019, foram atendidas 47.408 pessoas, e internados no hospital para diagnóstico e compensação de seus transtornos 4.333 pacientes, os quais, posteriormente, foram encaminhados para acompanhamento em ambulatórios específicos ou no Hospital Dia/Elo de Vida, conforme necessidades.

Assim como em outras especialidades médicas, na Psiquiatria existem situações que demandam atendimento imediato. São denominadas emergências psiquiátricas os quadros que causam ao paciente sofrimento psíquico importante ou risco de morte a ele ou a terceiros. Em situações como tentativa de suicídio, automutilação ou naquelas em que o juízo crítico do paciente está consideravelmente comprometido, há necessidade de pronta estabilização para seguir com o atendimento e a investigação diagnóstica (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

Nesse contexto, o primeiro passo no departamento de emergência deve ser a triagem do paciente. Os profissionais devem ser capacitados a prontamente identificar, através de uma avaliação inicial rápida, os quadros psiquiátricos graves, diferenciando-os de condições que podem ser resolvidas em curto prazo e priorizando o atendimento dos pacientes verdadeiramente em emergência. Situações como distúrbios psiquiátricos leves ou renovação de receitas de uso contínuo devem ser encaminhadas para atendimento eletivo (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

2. COLETA DA HISTÓRIA E EXAME DO PACIENTE – DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS E EXAMES COMPLEMENTARES

Um passo imprescindível na avaliação das emergências psiquiátricas é a exclusão de causas orgânicas. Situações clínicas como traumatismos cranianos, doenças neurológicas, tireoideopatias, hipoglicemia, infecções, lúpus eritematoso sistêmico, intoxicações agudas, estados de abstinência, deficiências vitamínicas, entre outras, podem simular doenças psiquiátricas comuns. Condições médicas gerais, em comparação a transtornos mentais primários, geralmente apresentam alterações psiquiátricas de início mais agudo, em pacientes com idade mais avançada e com outros sinais e sintomas associados, como: rebaixamento de nível de consciência, convulsões, cefaleia, transtornos da marcha, febre e taquicardia (GRISWOLD; REGNO; BERGER, 2015).

Quadro 13.1 - Diferenciação entre quadros psiquiátricos primários e secundários

	Síndromes cerebrais orgânicas	Psicoses primárias
Início do quadro	Súbito	Insidioso
Idade do primeiro surto psicótico	Mais comum acima dos 40 anos	Geralmente antes dos 30 anos
História de doença mental na família	Em geral ausente	Em geral presente
Uso de medicações diversas	Frequente, podendo ser a causa do quadro	Frequente uso prévio de psicofármacos
Exames físico, neurológico e complementares	Comumente alterados	Comumente sem alterações significativas

	Síndromes cerebrais orgânicas	Psicoses primárias
Consciência	Mais comumente prejudicada, oscilante ao longo do dia	Lúcida
Atenção	Capacidade de concentração diminuída	Variável
Sensopercepção	Alucinações geralmente visuais ou táteis	Alucinações geralmente auditivas
Orientação	Desorientação temporal	Geralmente preservada
Memória	Prejudicada	Geralmente mantida
Inteligência	Prejudicada; são difíceis o pensamento abstrato e os cálculos	Comumente sem alterações significativas
Funções cerebrais superiores	Afásias, apraxias, agnosias	Preservadas

Fonte: Autoria própria.

Assim, é importante que o médico do departamento de emergência psiquiátrica realize um exame físico básico nos pacientes, a fim de buscar alterações que corroborem com a hipótese de condição clínica geral ou a excluam. A temperatura, a pressão arterial e a glicemia dos pacientes devem ser verificadas; deve-se buscar por sinais de traumatismos como ferimentos e sangramentos; a ausculta cardiopulmonar deve ser realizada em busca de sopros cardíacos ou ruídos adventícios pulmonares; as extremidades devem ser avaliadas para detecção de edema e alterações de perfusão. Além disso, é essencial que o paciente seja submetido a um exame neurológico sucinto, principalmente para identificar possíveis alterações de consciência, atenção, orientação e memória (através do *mini-mental*), assim como distúrbios de fala e marcha associados (CADENHEAD, 2020).

Um bom exame físico é suficiente para indicar se o transtorno psiquiátrico em questão é primário ou secundário. No entanto, se necessário, alguns exames complementares podem ser solicitados de acordo com a hipótese diagnóstica. Em geral, pode-se solicitar hemograma e eletrólitos em caso de rebaixamento de nível de consciência, tomografia computadorizada de crânio quando houver histórico de trauma cranioencefálico, exame toxicológico nas suspeitas de intoxicação, por exemplo. Outros exames podem ser considerados no atendimento inicial na emergência psiquiátrica (QUADRO 13.2) (CADENHEAD, 2020).

Quadro 13.2 - Exames complementares para avaliação inicial do paciente psiquiátrico

Hemograma, glicemia, ureia e creatinina
Eletrólitos, vitamina B12
Sorologias: HIV, VDRL, Hepatites B e C
TSH
Sumário de urina
RX de tórax, Eletrocardiograma
TC de crânio
Exame toxicológico (medicações e drogas ilícitas)

Fonte: Autoria própria.

3. AMBIENTE DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Atualmente os prontos-socorros comuns (não-psiquiátricos) ainda são responsáveis pela maior parte dos

atendimentos de emergência psiquiátrica. Cenário este que tende a mudar, uma vez que os serviços psiquiátricos especializados estão ganhando cada vez mais espaço. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017 p.774). Faz-se necessário priorizar a segurança e a proteção, tanto da equipe quanto do paciente. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017 p.774) Para tal, é importante que tomem alguns cuidados:

- Equipe: Uma quantidade adequada de profissionais é essencial para um atendimento seguro. É preciso que estejam disponíveis Médicos (de preferência Psiquiatras), Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Assistentes Sociais durante todo o atendimento. Em algumas situações, é benéfico que se tenha acesso fácil a um profissional da Segurança. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017 p.774; QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 20).
- Instituição de protocolos e manejo do paciente violento ou agitado: É de suma importância que toda a equipe esteja apta a fazer a contenção do paciente sempre que necessário. Para isso, é desejável que a Instituição tenha protocolos bem definidos a esse respeito e que as equipes sejam submetidas constantemente a treinamentos. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017 p.774; QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 20).
- Cuidados com o paciente: O paciente precisa estar sendo supervisionado por pelo menos um membro da equipe durante todo o tempo. Além disso, é fundamental que o paciente de uma emergência psiquiátrica tenha prioridade no atendimento e seja atendido precocemente. Ademais, é

preciso que o atendimento seja feito com privacidade, mas de forma que não se torne um isolamento completo. Também é importante que se reduza ao máximo a quantidade de estressores para o paciente, como estímulos externos ou até mesmo a presença de pessoas que para ele possam ser desestabilizadoras. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 20).

- Espaço físico: Para se tornar mais seguro, é interessante que o consultório no qual o atendimento será realizado possua duas portas e que essas abram para fora, devendo também estarem sempre abertas. Além disso, é vantajoso que se evite sentar atrás de uma mesa ou de qualquer outro objeto que possa dificultar uma possível fuga. Ter acesso a um sinal de alarme ou um código comum entre a equipe pode ajudar no caso de profissional estar em situação de perigo. Finalmente, é fundamental que objetos potencialmente perigosos sejam retirados do ambiente, como objetos pesados, adornos pessoais e perfurocortantes. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 20; VERDANA, 2016 p. 2).
- A equipe deve ter acesso fácil a medicações, equipamento para contenção, exames diagnósticos gerais e ao parecer de outros especialistas. (VERDANA, 2016 p. 2; QUEVEDO; CARVALHO 2014 p. 20).

4. POSTURA MÉDICA E DA EQUIPE NA EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA

O atendimento em Emergência Psiquiátrica constitui um momento de grande vulnerabilidade para o paciente. Para um atendimento efetivo é fundamental que o profissional médico, bem como todos os demais membros da equipe, tenha essa compreensão e levem em consideração que o paciente está, na maioria das vezes, com o seu julgamento da realidade comprometido, o que lhe inflige um enorme sofrimento físico e psíquico. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017 p.775)

A postura do médico nessa primeira abordagem não influenciará somente o diagnóstico do paciente, mas influenciará também o processo terapêutico. Por isso, a construção de uma relação médico-paciente bem fundamentada é demasiadamente importante e precisa satisfazer alguns critérios para que seja bem-sucedida. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 18).

Primeiramente, o paciente deve sentir-se acolhido. Para aqueles que procuram a emergência espontaneamente, a simples pergunta “Como posso ajudá-lo? ”, muitas vezes, é capaz de transmitir a eles a sensação de acolhimento, de valorização de seus sentimentos. Já para os pacientes que são levados contra a sua vontade ao consultório podem reagir com raiva a perguntas como essa, o que comprometeria todo o restante do atendimento. Sendo assim, é importante que o examinador estimule esses pacientes a falarem sobre seus sentimentos evitando então que ele se expresse de outras formas, como com comportamento agressivo, por exemplo. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 19).

Além disso, os objetivos da avaliação, bem como os motivos de cada conduta devem ficar claros. Isso pode aumentar a confiança na relação médico-paciente e também ser capaz de proporcionar respeito, trazendo tranquilidade para o paciente e diminuindo sua ansiedade. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 19)

Também é importante conhecer o contexto do paciente. Mostrar interesse nos acontecimentos que o levaram até o seu estado atual e identificar, mesmo que de forma breve, seus estressores, pode trazer informações cruciais para o manejo, além de convencer o paciente de que o médico reconhece e legitima o seu sofrimento. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 19)

Finalmente, o examinador não deve se identificar com os sentimentos negativos do paciente. Emoções como medo e irritação vindos do examinado são facilmente transferidos àquele que o examina, seja pela forma verbal ou pela comunicação não verbal. O médico precisa se manter atento às respostas que dá ao paciente e discernir se elas estão sendo consequência ou não dos sentimentos que esse lhe causa. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014 p. 19)

Existem ainda recomendações que são específicas para o manejo de pacientes agressivos. Tais recomendações são separadas em “atitudinais”, que têm relação com a forma de agir diante deste paciente, e “verbais” que estão relacionadas ao “como” e ao “o que” se diz para esses pacientes. (VERDANA, 2016 p. 8)

Fazem parte do manejo atitudinal ações como prestar atenção na comunicação não verbal do paciente, evitar movimentos bruscos, evitar tocá-lo, respeitando seu espaço, afastar ao máximo

ruídos e demais fatores que possam ser estressores ou desestabilizadores. (VERDANA, 2016 p. 8)

Quanto ao manejo verbal, as principais medidas se constituem em usar linguagem simples e concreta, evitar elevações no tom de voz, evitar disputas e confrontos diretos com o paciente, resumir e repetir as últimas ideias ditas por ele, estabelecer limites, evitar promessas, ameaças, opiniões pessoais, dentre outras atitudes que já devem fazer parte de qualquer atendimento médico, seja ele psiquiátrico ou não. (VERDANA, 2016 p. 9)

5. CONTENÇÕES

Em um ambiente de saúde, a segurança deve ser prioridade. O uso de contenções nas Emergências Psiquiátricas se justifica quando pacientes tornam-se agitados e/ou agressivos e passam a oferecer riscos a si próprios, à equipe e aos demais pacientes. (KNUTZEN et al, 2012).

Quando feitas de forma inadequada, as contenções podem resultar em danos físicos e psicológicos para o paciente, podendo atrapalhar o curso do tratamento e se afastando cada vez mais do propósito do atendimento: a beneficência e a não maleficência. (BRAGA et al, 2016)

Por isso, é fundamental que se compreenda os tipos de contenção, como usá-las e quando usá-las. Dessa forma, é preciso que a equipe seja submetida constantemente a treinamentos e reciclagens, e então esteja pronta para exercer as medidas coercitivas. (MINATOGAWA-CHANG et al 2014)

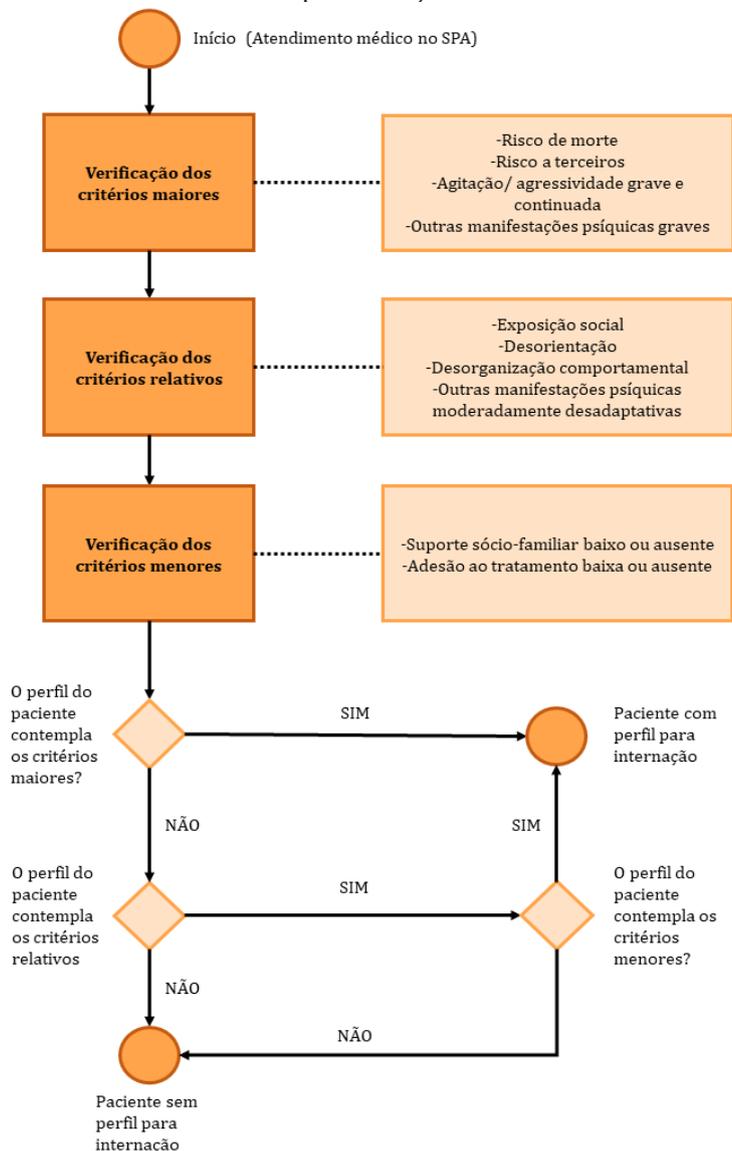
De forma geral existem três formas de contenção: verbal, mecânica e farmacológica. Como os próprios nomes sugerem, a primeira utiliza de meios verbais, a segunda, de físicos para impedir o comportamento destrutivo e a terceira faz uso de fármacos, geralmente benzodiazepínicos ou antipsicóticos, que visam à tranquilização do paciente, evitando-se a sedação desnecessária. (VERDANA, 2016)

Vale ressaltar que as contenções devem ser usadas de maneira criteriosa. Alguns comportamentos são indícios de agitação e devem servir como alarmes. O médico, bem como a equipe, deve ser capaz de perceber tais atitudes e tentar ajustar o atendimento conforme a necessidade do paciente, a fim de que se previna medidas coercitivas, sejam elas através de fármacos ou de medidas físicas. (VERDANA, 2016)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

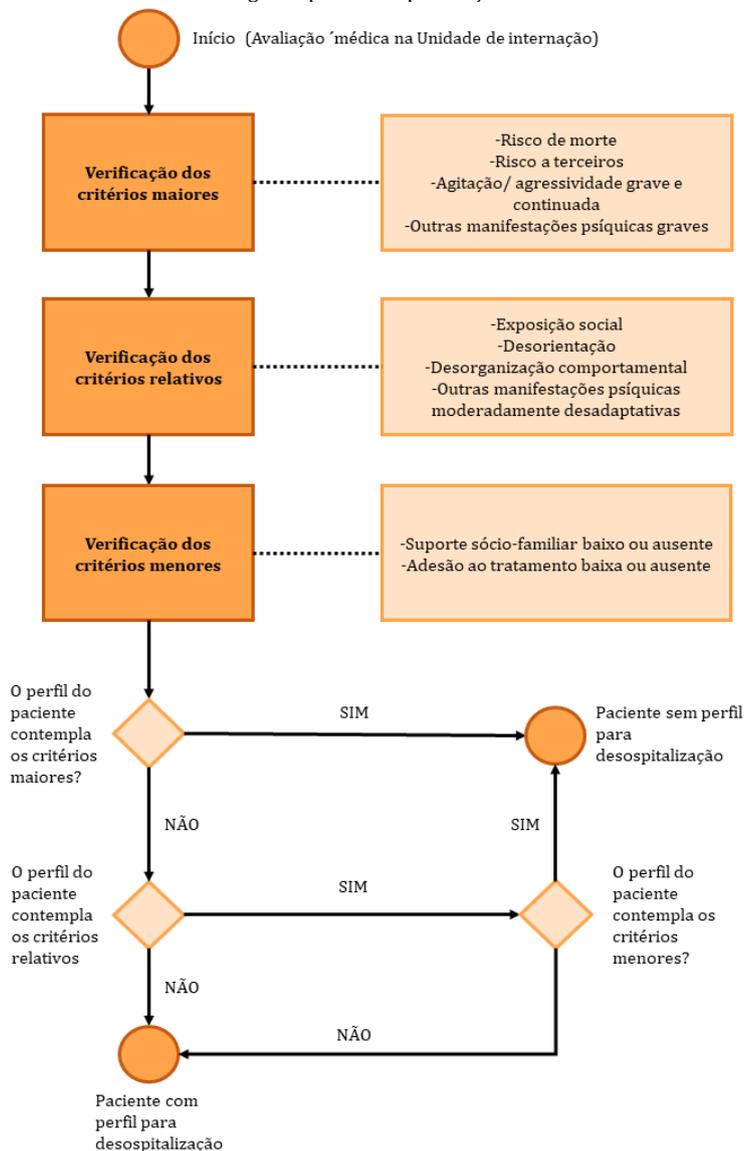
O paciente que precisa utilizar o serviço de uma emergência psiquiátrica em geral se apresenta bastante sofrido. O mesmo pode se dizer sobre sua família ou seu acompanhante. Assim sendo, a equipe deve garantir um serviço de qualidade humanizado, que utilize de técnicas adequadas para cada caso e que, de preferência, sejam efetivas para retardar o retorno do paciente àquela situação e para acelerar o controle do sofrimento que o trouxe ali.

Figura 13.1 - Fluxograma de indicação de internação psiquiátrica/ Critérios gerais para internação



Fonte: ADAPTADO DE GESTÃO HSM

Figura 13.2 - Fluxograma de indicação de desospitalização psiquiátrica/ Critérios gerais para desospitalização



Fonte: ADAPTADO DE GESTÃO HSM

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, Isabela Pinto; SOUZA, Jaqueline Conceição de; LEITE, Milena Bellei; FONSECA, Valéria; SILVA, Eliane Mussel da; VOLPE, Fernando Madalena. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco.: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [s.l.], v. 65, n. 1, p. 53-59, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000103>

CADENHEAD, K. First episode psychosis. Uptodate. 2020. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em 14/05/2020.

Emergências psiquiátricas [recurso eletrônico] / Organizadores, João Quevedo, André F. Carvalho. – 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

GRISWOLD, Kim S.; REGNO, Paula A. del; BERGER, Roseanne C.. Recognition and Differential Diagnosis of Psychosis in Primary Care. *Am Fam Physician*, Nova York, v. 12, n. 91, p. 856-863, 15 jun. 2015.

Knutzen, M., et al., Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—Why and how are they used? *Psychiatry Research* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.017>

MINATOGAWA-CHANG, Taís Michele; DEMÉTRIO, Frederico Navas. Curso de Capacitação Saúde Mental. UNA-SUS, São Luís, p.8-16, 2014.

Sadock, Benjamin J. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.]; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

VEDANA, Kelly Graziani giacchero. *Urgências e Emergências Psiquiátricas*. Ribeirão Preto: Eerp-usp, 2016. 60 p. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4519539/mod_resource/content/3/Nova%20pasta/APOSTILA%20URGENCIAS%20PSI%20QUI%20C3%81TRICAS%202016.pdf. Acesso em: 27 abr. 2020.

CAPÍTULO XIV

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NA EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-14

Pedro Henrique Veras Reis¹
Alina Maria Núñez Pinheiro²
Ana Carolina de Souza e Silva³
Matias Carvalho Aguiar Melo⁴
Davi Queiroz de Carvalho Rocha⁵

¹ Residente de Psiquiatria - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Acadêmica de Medicina - Universidade Estadual do Ceará

³ Acadêmica de Medicina - Universidade de Fortaleza

⁴ Médico Psiquiatra - Doutor em Ciências Médicas, Professor da Universidade de Fortaleza

⁵ Médico Psiquiatra - Coordenador da Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (COPOM)

RESUMO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é uma doença mental grave com prevalência baixa na população, mas alta nos serviços assistenciais de saúde, principalmente na emergência psiquiátrica, acompanhando, frequentemente, casos de tentativas de suicídio, automutilação e agressividade impulsiva. Apesar disso, é uma condição pouco estudada, o que pode explicar a falta de um medicamento aprovado para o seu tratamento. A gravidade do transtorno costuma se manifestar, principalmente, em crises de grande intensidade e de curta duração, o que torna o seu manejo um desafio para os serviços de emergência psiquiátrica. Por isso, esta pesquisa teve como objetivo analisar dados secundários dos prontuários dos pacientes atendidos pelo serviço de emergência psiquiátrica do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, Fortaleza-CE, com diagnósticos de transtorno de personalidade borderline ocorridos de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. A amostra foi composta por 1556 pacientes, correspondendo a 3,2%

do total de atendimentos do período. Houve predomínio de mulheres (75%) e adultos jovens (média: 27 anos). Os comportamentos auto lesivos, as ideações suicidas e as tentativas de suicídios estiveram presentes em 36,5%, 61% e 44% dos pacientes, respectivamente, sendo mais prevalentes entre os mais jovens. Verificou-se que a taxa de recorrência ao serviço foi de 2,66 atendimentos por pessoa, variando entre 1 e 29 no período de 2 anos. Percebeu-se que uma pequena parcela dos pacientes (21,5%), tem alta recorrência ao serviço, representando 55% dos atendimentos totais por TPB. Os pacientes da amostra foram internados 369 vezes (média 0,61). Contudo, um pequeno grupo de pacientes (10,7%), foi responsável por 58,5% das internações por TPB.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o DSM -5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), a característica central do transtorno de personalidade borderline (TPB) é o padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, do afeto e da impulsividade associadas à percepção de abandono, de desamparo ou de rejeição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) (FOXHALL; HAMILTON-GIACHRITSIS; BUTTON, 2019a). A baixa tolerância à frustração pode desencadear crises frequentes com automutilação, suicídio, impulsividade, agressividade e sintomas psicóticos ou dissociativos de curta duração, além de sentimentos intensos de ansiedade, tristeza e raiva. De fato, esse transtorno tem uma apresentação clínica tão diversa, que as diretrizes clínicas específicas recomendam que todos os pacientes com múltiplas comorbidades, alto comprometimento funcional, uso de polifarmácia e baixa reposta

ao tratamento devem ser reavaliados tendo em vista essa possibilidade (NHMRC, 2012; NICE, 2009; NICE 2018).

Esses pacientes são usuários regulares de serviços psiquiátricos ambulatoriais e de emergência (NICE, 2009). A prevalência do transtorno de personalidade borderline na população geral é baixa (1,6-5,9%) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), mas os custos para a sociedade e o impacto na morbimortalidade são altos (BASSIR NIA et al., 2018). A gravidade desse transtorno acarreta o aumento da taxa de prevalência, de acordo com a complexidade do serviço de saúde, como na atenção primária (6%), ambulatórios psiquiátricos (10%) e instituições psiquiátricas de internamento (20%) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), chegando a ser diagnosticada em 50% dos pacientes internados por tentativas de suicídio (FORNARO et al., 2016).

Pessoas com TPB têm taxas maiores de suicídio (10%) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), tentativas de suicídio (56%) e automutilação (65%) do que todos os demais transtornos psiquiátricos (TIMÄUS et al., 2019). Esses comportamentos são tão frequentes, que todos os pacientes com comportamento suicida recorrente, automutilação frequente ou instabilidade emocional acentuada devem ser avaliados para TPB (NICE 2012).

Apesar de causar prejuízos comparáveis a outras doenças mentais graves como esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, o TPB não recebe a mesma atenção da comunidade científica e governos. Contabiliza-se cerca de 2.000 ensaios clínicos sobre

depressão registrados no *clinicaltrials.gov*, contrastando com apenas 36 voltados ao TPB. Por isso, não é de surpreender que a transtorno de personalidade borderline (TPB) não tenha nenhum medicamento aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) e seu tratamento represente um grande desafio para os serviços assistências (BASSIR NIA et al., 2018).

2. ETIOLOGIA

Até o momento, metanálises de neuroimagem funcional têm identificado menor ativação do córtex pré-frontal associada à maior ativação do sistema límbico em pacientes com TPB, mas sem que haja alterações do padrão após a introdução de psicofármacos (SCHULZE; SCHMAHL; NIEDTFELD, 2016). Também, demonstrou-se atrofia do córtex pré-frontal e sistema límbico em adolescentes com TPB, contrastando com a normalização do volume do córtex pré-frontal e manutenção da atrofia do sistema límbico em adultos com TPB (KIMMEL et al., 2016; YANG et al., 2016). Essa percepção de reversão do déficit funcional foi reforçada por estudos longitudinais, (TIMÄUS et al., 2019) nos quais entre 50% e 70% dos pacientes com TPB não preencheram mais os critérios diagnósticos quando foi feito acompanhamento de longo prazo, havendo reduções significativas dos sintomas, mas apenas ligeira melhora funcional (ÁLVAREZ-TOMÁS et al., 2019).

Esses achados têm levantado uma hipótese neuropsicológica de que o déficit do controle inibitório pré-frontal na adolescência poderia levar à hiperexcitação e dano celular aos órgãos límbicos, podendo explicar os sintomas de

comprometimento da memória autobiográfica, reatividade agressiva e sintomas dissociativos. Outros achados demonstram que o estresse traumático precoce está associado à atrofia da amígdala na idade adulta, (KIMMEL et al., 2016; YANG et al., 2016) corroborando com o frequente relato de abuso físico e sexual, negligência, ambiente hostil e perda parental prematura (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Ademais, tem-se estudado a hipótese de que o estado hiperexcitatório, a dificuldade de autorregulação emocional e a impulsividade sejam secundários a uma desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e (DREWS et al., 2019; THOMAS et al., 2019) a uma redução do tônus vagal (KOENING et al., 2016), mas os dados ainda são inconsistentes (DREWS et al., 2019; KOENIG; THAYER; KAESS, 2016; THOMAS et al., 2019).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal dos prontuários dos atendimentos na emergência psiquiátrica do Hospital Mental Professor Frota Pinto, que tiveram como principal hipótese diagnóstica o transtorno de personalidade borderline. Esses atendimentos ocorreram no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Os dados foram fornecidos pela secretaria de saúde do estado do Ceará e analisados com o programa IBM SPSS Statistics. Realizou-se também uma revisão narrativa de artigos publicados no portal Pubmed entre 2015 e 2020, utilizando-se os descritores *self-injurious behavior*, *self harm*, *Nonsuicidal Self-*

injury, NSSI, borderline personality disorder. A seleção de artigos foi estendida à bibliografia citada pela primeira seleção e à busca ativa de diretrizes, guidelines e consensos sobre o tema.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

De janeiro de 2018 a dezembro de 2019, houve 47.410 atendimentos na emergência psiquiátrica do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Entre esses, 1556 foram referentes a pacientes com hipótese diagnóstica de transtorno de personalidade *borderline*, o que corresponde a 3,2% dos atendimentos do período. A idade média dos pacientes foi de 27 anos e o sexo predominante o feminino (75,1%).

Um histórico de comportamento autolesivo sem intenção ou potencial suicida foi reportado em 36,5% dos pacientes (n=213), sendo a automutilação por corte o método mais comumente empregado (92,6%). Esse comportamento teve uma associação estatística significativa com idade mais jovens (23,3 versus 30,64; $p < 0,001$). A automutilação também se correlacionou significativamente com a ideação suicida (razão de chances 2,4; $p < 0,001$) e a tentativa de suicídio (razão de chances 1,8; $p < 0,001$).

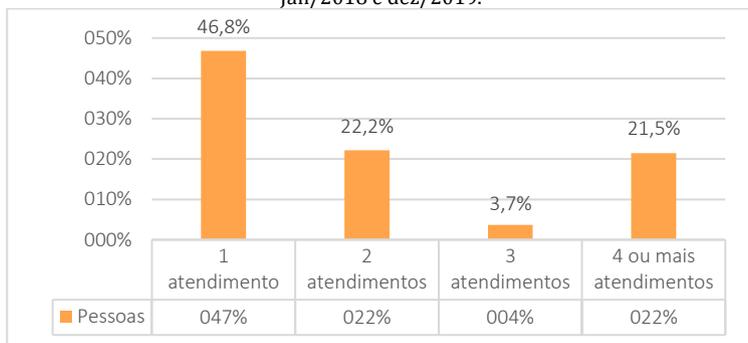
Assim, embora a automutilação sem intenção suicida não seja um comportamento suicida, é prudente investigar associação com comportamento suicida e incluir esse paciente em estratégias de prevenção de suicídio.

Entre os pacientes da amostra, 357 (61,1%) tinham histórico de ideação suicida e 257 (44%), tentativas de suicídio. O comportamento de tentativa de suicídio se correlacionou com

maior número de atendimentos por pessoa (2,63 versus 2,34; $p = 0,003$), idade mais jovem ($22,35 \pm 7,7$ versus $24,6 \pm 8,6$; $p = 0,01$), mas não houve significância estatística entre os sexos.

O número de atendimentos por pessoa variou entre 1 e 29 atendimentos (média 2,66) neste período de 2 anos (Gráfico 14.1). Uma pequena parcela dos pacientes (21,5%) teve uma alta recorrência à emergência psiquiátrica, correspondendo a 55% dos atendimentos por TPB.

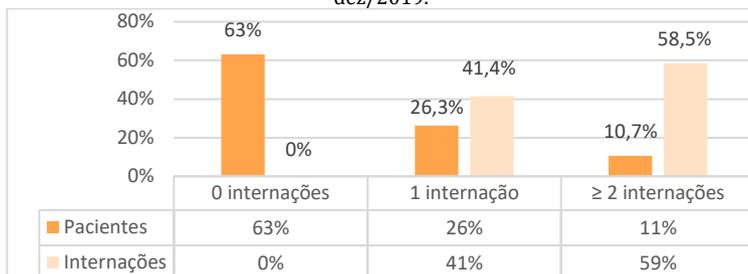
Gráfico 14.1 - Análise dos subgrupos da amostra conforme a quantidade de atendimento na Emergência do Hospital de Saúde Mental Prof. Frota Pinto entre Jan/2018 e dez/2019.



Fonte: Elaboração própria.

O total de internações dos pacientes com TPB foi de 369, correspondendo a 3,1% do total de hospitalizações no período ($n=11.547$). O número de internamentos por paciente variou de 0 a 10 (média: 0,61) em 2 anos. Contudo, 63% dos pacientes não foi internado nenhuma vez, mas 10,7%, foi responsável por 216 internações (58,5% do total por TPB) (Gráfico 14.2). Um maior número de atendimentos na emergência também se associou a um maior número de internamentos ($p < 0,001$).

Gráfico 14.2 - Análise dos subgrupos de pacientes atendidos por transtorno de personalidade borderline conforme o número de internações entre Jan/2018 e dez/2019.

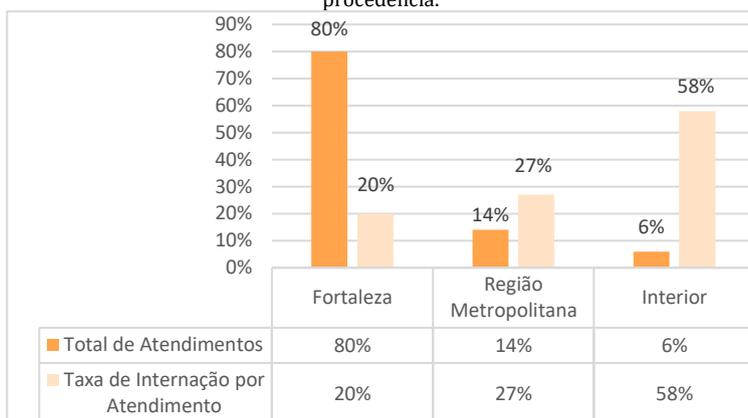


Fonte: Elaboração própria.

Apesar de a amostra ser composta por 75% de mulheres, o sexo masculino associou-se com uma maior taxa de internação (0,80 vs 0,55; $p=0,001$). Os pacientes que tinham histórico de tentativa de suicídio também foram mais hospitalizados (0,84 vs 0,39; $p < 0,001$). Por outro lado, idade e comportamento autolesivo sem intenção suicida não se associaram estatisticamente com a variável internação.

Sobre a análise conforme a procedência, observou-se que 80,1% dos atendimentos são de pacientes que moram em Fortaleza. A proximidade do Hospital Mental parece influenciar também a recorrência de atendimentos por pessoa: 2,81 (Fortaleza), 2,13 (Região Metropolitana) e 1,86 (Interior do Ceará). Há também uma menor taxa de internação de pacientes provenientes de Fortaleza (20%) em relação à região metropolitana (23%) e ao interior (58%) ($p < 0,001$) (Gráfico 14.3).

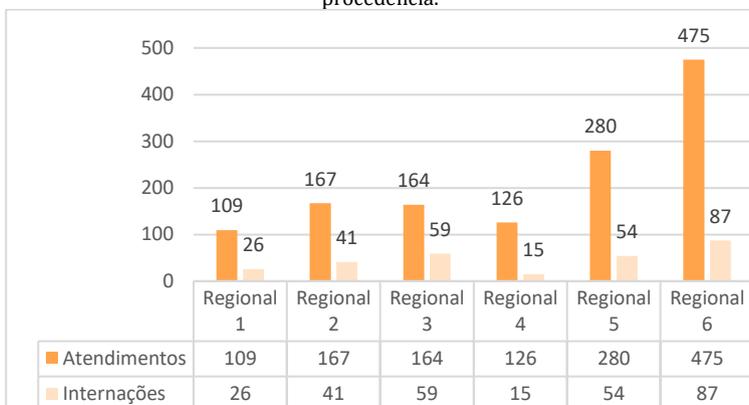
Gráfico 14.3 - Análise dos subgrupos de pacientes atendidos por transtorno de personalidade borderline no serviço de emergência psiquiátrica conforme a procedência.



Fonte: Elaboração própria.

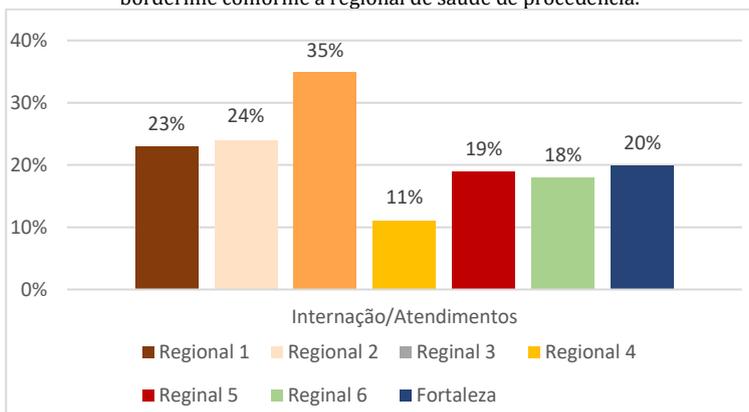
As regionais 5 e 6 são responsáveis por 48% dos atendimentos na emergência psiquiátrica por transtorno de personalidade borderline (Gráfico 14.4). A análise da taxa de internação por atendimento também permite inferir as procedências cujos atendimentos tem um perfil de gravidade mais próximo de uma emergência psiquiátrica. Por exemplo, 35% dos atendimentos provenientes da regional 3 têm necessidade de internação hospitalar, contrastando com os 11% dos atendimentos da regional 4. (Gráfico 14.5) A análise da procedência demonstra um perfil de demanda diferente conforme a regional, o que merece ser estudado para entender os desafios de cada unidade e atuar sobre os obstáculos para um encaminhamento efetivo.

Gráfico 14.4 - Análise dos atendimentos referentes ao Transtorno de Personalidade Borderline e porcentagem de internações conforme regional de saúde de procedência.



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 14.5 - Taxa de internamentos de paciente com transtorno e personalidade borderline conforme a regional de saúde de procedência.



Fonte: Elaboração própria.

5. ABORDAGEM NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

O paciente com transtorno de personalidade borderline (TPB), em geral, tem forte sensação de desamparo, descontrole e frustração. Por isso, o gerenciamento de crise no TPB exige atitude

calma e não ameaçadora, transmissão de segurança e de apoio, formação de vínculo e contato empático. Deve-se explorar os desencadeadores, estimular a reflexão sobre comportamentos alternativos e possíveis soluções, engajar a família e oferecer um acompanhamento adequado, dentro de um prazo acordado através de um fluxo claro de cuidado continuado (NICE 2009). Para isso, recomenda-se o treinamento específico de toda a equipe assistencial, com reciclagens anuais e observação da capacidade de sensibilidade e de tolerância diante de pessoas que representam riscos para si e para terceiros. Desse modo, pode-se diminuir a frequência das automutilações (CARTER et al., 2016). Os serviços especializados no tratamento de transtorno de personalidade borderline também devem ser capazes de fornecer aconselhamento e apoio para quem trata desses pacientes na atenção primária (NICE 2009).

O objetivo principal no contexto da emergência médica é promover o reestabelecimento de um funcionamento mental mais estável e seguro. A manutenção da autonomia do paciente faz parte de um plano terapêutico maior que procura desenvolver a capacidade de autoregulação emocional (NICE 2009). Contudo, deve-se avaliar e indicar internações hospitalares de curto prazo nos casos de automutilação grave ou alto risco de suicídio (NHMRC, 2012).

6. FARMACOTERAPIA

O uso de antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos é muito comum na prática clínica (NICE, 2009). Em

consultórios psiquiátricos na Europa e nos Estados Unidos, a prescrição de psicofármacos para o tratamento de TPB supera 90%. Contudo, não existe medicamento aprovado na Europa ou nos Estados Unidos (TIMĂUS et al., 2019) e, de fato, as diretrizes clínicas não recomendam a utilização de psicofármacos, por sua evidência de efeito modesto e/ou inconsistente, não alterando a natureza e o prognóstico do paciente (NHMRC, 2012) (NICE 2009) (NICE 2018).

Por outro lado, muitos dos sintomas do TPB são qualitativamente semelhantes aos de outros transtornos psiquiátricos, existindo uma expectativa intuitiva de que o paciente possa responder de forma semelhante aos psicofármacos aprovados para estes fins (NICE 2009).

Entre psiquiatras alemães, por exemplo, 71.4% afirma prescrever benzodiazepínicos no tratamento ambulatorial do TBP (KNAPPICH et al., 2014). Contudo, nesse contexto, o uso de benzodiazepínicos deve ser considerado obsoleto devido ao seu potencial de dependência (GARDNER & COWDRY, 1985 apud TIMĂUS et al., 2019).

Os antidepressivos são os medicamentos mais prescritos, participando do tratamento de 70% dos pacientes internados. A princípio, os antidepressivos foram recomendados pela Associação Psiquiátrica Americana (2001), mas, com o surgimento de novos estudos, eles foram desaconselhados por diretrizes posteriores e revisões Cochrane (NICE 2009) (NICE 2018) (NHMRC, 2012).

Apesar disso, não é possível negar que os psicofármacos são uma estratégia da prática clínica real para o gerenciamento de

sintomas específicos do TPB (TIMÄUS et al., 2019). Existe alguma evidência de melhora de sintomas específicos como: raiva e ansiedade (topiramato e aripiprazol), sintomas depressivos (antidepressivos e topiramato), hostilidade (aripiprazol, topiramato, haloperidol e olanzapina), funcionamento global (haloperidol), sofrimento mental geral (aripiprazol), mas essas evidências são baseadas em estudos pequenos e únicos, não garantindo a recomendação pelas diretrizes clínicas. Também não há evidências de que qualquer medicação melhore a impulsividade, automutilação, suicídio, baixa tolerância a frustração, sentimento de vazio crônico e psicopatologia geral (STOFFERS-WINTERLING et al., 2018) (NICE 2018) (NHMRC, 2012).

Assim, é necessário pesar a utilização 'off-label' de psicofármacos em virtude de seus benefícios desconhecidos em contraposição aos efeitos colaterais conhecidos. Recomenda-se também revisar a prescrição médica e interromper o uso de medicamentos do tratamento de pessoas com transtorno de personalidade borderline sem outros transtornos comórbidos, principalmente, no tratamento de longo prazo de distúrbios comportamentais como automutilação repetida, instabilidade emocional acentuada, comportamento de risco e sintomas psicóticos transitórios (NICE 2012).

Por outro lado, a prevalência de uma comorbidade psiquiátrica ao longo da vida se aproxima de 100%, devendo os diagnósticos individuais e tratamentos serem conduzidos conforme as diretrizes específicas (BENDER et al., 2001) (NICE, 2012).

No contexto da emergência psiquiátrica é preciso ter clareza do objetivo do tratamento para além do impacto emocional. Em geral, os psicofármacos são iniciados durante uma crise e continuados como profilaxia ou fator de proteção de novos episódios, que, quando ocorrem, tendem a levar a adição de uma nova classe medicamentosa. É preciso critério para evitar uma polifarmácia potencialmente perigosa ou utilização de psicofármacos no manejo de sintomas transitórios. Como as crises são autolimitadas (NICE 2009) (STOFFERS-WINTERLING et al., 2018), sugere-se a utilização de sedativos por curto período, preferencialmente, os de bom perfil de segurança e pouco potencial para gerar dependência como os anti-histamínicos sedativos (NHMRC, 2012).

As diretrizes clínicas recomendam que os psicofármacos não sejam utilizados como terapia primária para TBP e não sejam prescritos em substituição à psicoterapia (NHMRC, 2012) (NICE, 2009) (NICE 2018). Contudo, um medicamento pode ser considerado por curto período como complemento a terapia psicológica para auxiliar no gerenciamento de sintomas específicos, mas deve-se pesar o perfil de segurança da droga, o risco de overdose intencional e a interação com outras substâncias (NHMRC, 2012). Recomenda-se também que a utilização off-label de psicofármacos parta de uma discussão consensual entre os psiquiatras do serviço (NICE, 2012).

7. PSICOTERAPIA

O surgimento de psicoterapias específicas e eficazes desafiou as visões tradicionais sobre a refratariedade do transtorno. Assim, a clássica neutralidade do terapeuta e associação livre do paciente na psicanálise deu lugar a uma postura mais ativa com uma sessão mais estruturada, maior valorização do vínculo terapeuta-paciente e desenvolvimento de maior capacidade de resposta. Baseada na teoria do apego, a teoria cognitivo comportamental também foi modificada, enfatizando, por exemplo, a mentalização (NICE 2012).

A partir do conhecimento de que pessoas com transtorno de personalidade borderline manifestam mais estratégias desadaptativas de autoregulação emocional como supressão, ruminação e evitação e menos estratégias eficazes a longo prazo como reavaliação positiva (DAROS; WILLIAMS, 2019), Marsha Linehan adaptou a teoria cognitivo comportamental ao modelo biopsicossocial desse transtorno, criando a teoria cognitivo dialética (TCD) para desenvolver consciência emocional e novos comportamentos adaptativos (LINEL, 2015 apud LOVELL; CLIFFORD, 2016). A TCD tem se demonstrado eficaz no tratamento de autolesão e comportamento suicida entre adultos e adolescentes com TPB (WASHBURN et al., 2012) em intervenções individuais e grupais (MCLAUGHLIN et al., 2019). Contudo, na prática, faltam de profissionais treinados para ofertar um atendimento específico e eficaz (NICE 2012) (FOXHALL; HAMILTON-GIACHRITSIS; BUTTON, 2019b).

8. CONCLUSÃO

O transtorno de personalidade borderline é uma doença grave que acarreta grande impacto na vida dos pacientes. Por outro lado, ainda há pouca produção científica sobre o tema e o manejo permanece sendo um desafio teórico e prático, o que pode ser percebido pelas taxas de recorrências à emergência psiquiátrica e taxas de internações hospitalares. A identificação dos fatores associados às taxas de recorrência é necessária para melhorar a eficácia do SUS. Contudo, o tratamento adequado dessa doença requer a vinculação com serviços de saúde mental de acompanhamento longitudinal, pois uma das questões centrais desse transtorno é a sensação de desamparo, de abandono e de perda de vínculo. Essa compreensão reforça a necessidade do serviço de emergência psiquiátrica do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto atuar de forma integrada aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aproveitando o vínculo do atendimento prestado durante a crise e garantindo um encaminhamento adequado com contrarreferência de efetividade. O atendimento em rede tem a capacidade de ser mais eficaz e seguro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ-TOMÁS, I. et al. **Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies** *European Psychiatry*, Elsevier Masson SAS, , 1 fev. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, 2013.

BASSIR NIA, A. et al. **Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder** *Current Opinion in Psychology*, Elsevier B.V., 1 jun. 2018.

BENDER, D. S. et al. Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 2, p. 295–302, fev. 2001.

CARTER, G. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 10, p. 939–1000, 20 out. 2016.

DAROS, A. R.; WILLIAMS, G. E. A Meta-analysis and Systematic Review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 217–232, jul. 2019.

DREWS, E. et al. **Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning in borderline personality disorder: A meta-analysis** *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Elsevier Ltd, 1 jan. 2019.

FORNARO, M. et al. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 195, p. 105–118, 1 maio 2016.

FOXHALL, M.; HAMILTON-GIACHRITSIS, C.; BUTTON, K. The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. **The British journal of clinical psychology**, v. 58, n. 3, p. 289–326, set. 2019a.

FOXHALL, M.; HAMILTON-GIACHRITSIS, C.; BUTTON, K. The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. **The British journal of clinical psychology**, v. 58, n. 3, p. 289–326, set. 2019b.

KIMMEL, C. L. et al. **Age-related parieto-occipital and other gray matter changes in borderline personality disorder: A meta-analysis of cortical and subcortical structures** *Psychiatry Research – Neuroimaging*, Elsevier Ireland Ltd, , 30 maio 2016.

KNAPPICH, M. et al. Pharmacotherapy in the treatment of patients with borderline personality disorder. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 29, n. 4, p. 224–228, jul. 2014.

KOENIG, J.; THAYER, J. F.; KAESS, M. A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 8, p. 1597–1612, 11 jun. 2016.

LOVELL, S.; CLIFFORD, M. Nonsuicidal Self-Injury of Adolescents. **Clinical Pediatrics**, v. 55, n. 11, p. 1012–1019, 13 out. 2016.

MCLAUGHLIN, S. P. B. et al. Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. **Psychotherapy**, v. 56, n. 2, p. 260–273, jun. 2019.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC). **Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder**. Melbourne, 2012. ISBN: 1864965657

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK). **Borderline Personality Disorder: Treatment and Management**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2009. PMID: 21796831.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK). **Self-Harm: Longer-Term Management**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK126777/>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Surveillance of personality disorders**. London, Jul 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550289/>

SCHULZE, L.; SCHMAHL, C.; NIEDTFELD, I. Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis. **Biological Psychiatry**, v. 79, n. 2, p. 97-106, 15 jan. 2016.

STOFFERS-WINTERLING, J. M. et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2018, n. 2, 20 fev. 2018.

THOMAS, N. et al. Systematic review and meta-analysis of basal cortisol levels in Borderline Personality Disorder compared to non-psychiatric controls. **Psychoneuroendocrinology**, v. 102, p. 149-157, abr. 2019.

TIMÄUS, C. et al. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: what has changed over two decades? A retrospective evaluation of clinical practice. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 393, 12 dez. 2019.

WASHBURN, J. J. et al. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 6, n. 1, p. 14, 30 dez. 2012.

YANG, X. et al. Default mode network and frontolimbic gray matter abnormalities in patients with borderline personality disorder: A voxel-based meta-analysis. **Scientific Reports**, v. 6, n. 1, p. 34247, 3 out. 2016.

CAPÍTULO XV

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-15

Angela Maria Alves da Costa¹
Jeferson Falcão do Amaral²
Virna Jucá Saraiva³
Samuel Torres de Medeiros⁴

¹ Farmacêutica – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Farmacêutico – Professor Universitário da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

³ Farmacêutica – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Farmacêutico – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

RESUMO

No âmbito da Saúde Pública, a humanização precisa existir considerando a importância da afetividade para uma melhor qualidade na intervenção do paciente com problemas mentais, assim como deve ser o acolhimento apresentado como dispositivo de um modelo de atenção à saúde centrado no atendimento integral do sujeito possibilitando relações mais humanizadas entre usuários e trabalhadores. O presente trabalho buscou, através da pesquisa bibliográfica, em diferentes artigos, discorrer sobre a opinião de autores acerca das possibilidades que existem para que se possibilite ao paciente com problemas mentais um melhor atendimento e uma melhor compreensão de sua condição. Nesse âmbito, também buscamos analisar a participação da família como cuidadora, que é tida como importante aliada, sem a qual o profissional não consegue avançar nos objetivos propostos multidisciplinarmente. Porém, se por um lado o familiar tem no profissional um ponto de apoio constante que tem contribuído para delinear o cuidado, por outro lado os profissionais acham que a

participação da família ainda é acanhada. Ressente-se do familiar no serviço, mas acredita necessitar investir mais no entendimento da dinâmica da família, na comunicação com a mesma. Portanto, conclui-se que as possibilidades de diminuir o sofrimento das pessoas com problemas mentais existem e já é uma realidade comprovada através das pesquisas aqui elencadas e que citam a música, o acolhimento e o afeto como os elos capazes de minimizar os efeitos drásticos para essas pessoas já tão sofridas.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Psiquiatria, Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil passou por diversas transformações, frutos de intensas lutas, para que os tratamentos dos cidadãos, em sofrimento psíquico, assegurassem a liberdade e o exercício da cidadania. Quando se fala em transformação, há um claro entendimento de que os *pacientes com doenças mentais* (PDM) são tratados, muitas vezes, sem o respeito e a dignidade devidos a qualquer ser humano. Percebe-se que ao longo do tempo esse tratamento vem mudando, fazendo com que os profissionais compreendam que é possível ressocializar os PDM através dos mais diversos recursos de educação em saúde. (MELO, 2001; 2005)

O principal marco no campo das políticas públicas que permitiu ampliar as formas de tratamento dos cidadãos em sofrimento psíquico é a aprovação da Lei nº 10.216 conhecida como Lei Paulo Delgado, que regulamenta os direitos desses indivíduos e prevê formas de tratamento que priorizam a reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2001). Quando se busca entender o cerne das práticas de saúde mental deve-se levar em consideração diversos aspectos que contribuem para a reabilitação

dessa demanda. Desse modo, os diferentes estudos possibilitam a compreensão do quanto a afetividade, no contexto do acolhimento e atendimento humanizado, pode contribuir como ferramenta para tais práticas.

Uma forma de se atingir isso é a potencialização do dispositivo acolhimento articulado ao estabelecimento de vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, em busca da humanização do atendimento. A questão humana a ser difundida nessas práticas leva a crer que é de vital importância a expansão da afetividade em diferentes contextos, especialmente quando se fala de pessoas em situações de grande fragilidade e/ou vulnerabilidade. Os profissionais devem demonstrar uma maior sensibilidade, pois tal demanda não se resume em apenas questões patológicas, mas um ser humano que precisa de um bom acolhimento, orientação e de alguém que compreenda seu sofrimento e ajude-o a lidar com seus recursos e limites. (CAMPOS, 2003)

A Política Nacional de Humanização, de 2003, tem o acolhimento como mais relevante em suas diretrizes. É importante destacar que ele é construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

O aspecto afetivo é caracterizado como sendo a energética das condutas, ou seja, aquilo que nos impulsiona para a ação. É o desejo de agir e, portanto, toda ação, seja ela física ou mental,

pressupõe um componente afetivo ou energético. (PIAGET, 1983). O afeto é o alfa e o ômega, o primeiro e o último elo, o prólogo e o epílogo de todo o desenvolvimento psíquico. (VYGOTSKY, 1996). A pessoa precisa ser vista como um todo em um contexto holístico. Afetividade, emoções, movimento e espaço físico se encontram num mesmo plano. As emoções, para o autor, têm papel preponderante no desenvolvimento da pessoa. (WALLON, 2003)

A afetividade como ferramenta nas práticas de saúde mental, no ambiente de recuperação, pode ser considerada importante, tendo em vista que ela oportuniza aos profissionais e pacientes desenvolverem grandes elos de segurança, mas principalmente trabalhar com o que de mais importante existe no processo de recuperação, o afeto, pois no universo da saúde mental, muitas vezes carregado de tristezas e incertezas, a afetividade e o amor devem prevalecer.

No contexto da afetividade, por exemplo, uso da linguagem artística como recurso de comunicação e intervenção em instituições de saúde mental tem o respaldo de políticas públicas, primeiramente mediante a Lei do SUS nº 8.080, que prevê a saúde como bem-estar biopsicossocial, garantido por melhores condições de vida que incluem lazer, moradia, trabalho, saneamento etc. (BRASIL, 1990). A utilização de recursos artísticos como forma de intervenção no campo da saúde mental foi introduzida, no Brasil, pelo psiquiatra Osório Cesar na década de 1920, no Hospital Juquery, em São Paulo.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é desenvolver uma revisão bibliográfica e refletir sobre a importância do

relacionamento afetivo e a inter-relação entre os profissionais que atuam nessa área, com seus pacientes, ao longo de seu processo de recuperação e apontando a afetividade como ferramenta nas práticas de promoção da saúde mental.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório realizado por meio de um levantamento bibliográfico junto a uma base de dados; abrangendo a leitura, análise e interpretação de artigos publicados na íntegra, em periódicos científicos disponibilizados na internet.

A pesquisa bibliográfica tem como finalidade direcionar o leitor ao estudo de determinado assunto, proporcionando o saber, por meio de uma pesquisa a partir de um construto de referenciais. Além disso, pode ser utilizado como base para as outras pesquisas, através de uma leitura crítica das obras pertinentes sobre o tema em estudo. (PEREIRA; BRANCO, 2016)

Após a definição do tema, foi feita uma busca em base de dados virtuais, o SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) utilizando-se computador com acesso à internet. Para a busca bibliográfica utilizou-se termos da língua portuguesa. Para o levantamento dos artigos, utilizamos as palavras-chave “afetividade”, “humanização” e “saúde mental”. Realizamos o agrupamento das palavras-chave da seguinte forma: “afetividade e saúde mental”, “humanização e saúde mental”.

Foram incluídos artigos publicados no período de 2010 a 2019, disponíveis online na íntegra, no idioma português, que discutiam a problemática da afetividade e do atendimento

humanizado aos PDM no âmbito da saúde mental. Foram adotados como critérios de exclusão estudos experimentais, questionários e aqueles que não apresentaram e/ou detalharam a temática proposta.

O método para a construção da pesquisa foi o dedutivo, o qual parte do geral para o específico. Isso significa que, a partir de teorias gerais ou de longo alcance, o pesquisador estabelece relações com o seu objeto específico de pesquisa de forma lógica, relacional e aplicativa. (PEREIRA; BRANCO, 2016)

Para análise e categorização dos artigos foi realizada uma leitura interpretativa dos que se enquadram nos critérios de inclusão do estudo e realizada a análise descritiva do conteúdo de acordo com os objetivos propostos e pergunta norteadora. As informações foram coletadas simultaneamente, sendo analisadas e apresentadas através de revisão bibliográfica. Foram respeitados os aspectos éticos no que concorda a fidedignidade das informações dos autores encontradas nos artigos que compuseram o estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura interpretativa dos artigos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, encontrou-se um resultado final de 11 artigos que faziam parte da temática proposta.

Diante da pesquisa realizada foi possível perceber que as relações de cuidado como ferramentas da prática em saúde mental: afeto, acolhimento, vínculo, música, corresponsabilização e autonomia são instrumentos indispensáveis para minimizar o

sofrimento e promover a saúde dos PDM. Dos diversos artigos pesquisados, podemos elencar algumas dificuldades assim como soluções para a melhoria do tratamento de PDM. No primeiro artigo pesquisado, *“Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados”* os autores apontam algumas visões de profissionais que lidam diretamente com as pessoas que sofrem com transtornos mentais.

Tais resultados nos levam a compreender que o tratamento não pode ser restritivo a um espaço, de forma específica exemplificada, o CAPS, mas ressaltam a importância da família como parceira no tratamento, pois é nesse espaço que os PDM recebem o afeto, o carinho, a compreensão que é imprescindível para sua recuperação ou de certa forma uma melhor qualidade de vida.

O principal marco no campo das políticas públicas que permitiu ampliar as formas de tratamento dos cidadãos em sofrimento psíquico é a aprovação da Lei nº10. 216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que regulamenta os direitos desses indivíduos e prevê formas de tratamento que priorizam a reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2001)

A reabilitação psicossocial é um processo que deve contemplar os três vértices da vida humana: casa, trabalho e lazer. É uma ação ampliada que se configura como um conjunto de estratégias direcionadas a aumentar a capacidade de trocas e a valorizar a subjetividade, proporcionando contratualidade e subjetividade. (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2006)

De acordo com os profissionais citados no artigo, as atividades desenvolvidas no CAPS buscam resgatar a autonomia do indivíduo, oferecendo atividades como dança, pintura e participação em eventos sociais que corroboram para uma integração do indivíduo com a sua comunidade. Mas vale ressaltar que embora os esforços dos profissionais do CAPS, experiências apontam que a família muitas vezes não se encontra preparada para lidar com essa situação e a superproteção ao paciente acaba atrapalhando o desenvolvimento. Muitas vezes a família considera o paciente incapaz tornando ineficaz qualquer esforço.

O segundo artigo pesquisado *“A importância da afetividade para promover uma melhor aprendizagem da criança segundo a teoria de Wallon”* os autores ressaltam a importância da afetividade para promover uma melhor aprendizagem da criança; segundo a teoria de Wallon, essa compreensão remete às ferramentas de que dispõe o CAPS para trabalhar a autonomia do doente mental e os resultados são os mais expressivos, considerando a receptividade dos pacientes oportunizando a estes uma interação com pessoas do mesmo grupo fortalecendo dessa forma o vínculo ente estes.

Diante disso, fica comprovada a eficiência de tal ferramenta importante e eficaz na promoção de uma melhor qualidade de vida do paciente, assim como uma interação com outras pessoas. Mas vale ressaltar que conviver com um paciente com transtornos mentais não é fácil e muitas vezes essas pessoas sofrem de maus tratos, violência e são negligenciados por aqueles que teriam a função de cuidar e dar o apoio necessário para uma vida digna; pressupõe-se aqui dignidade como alguns direitos

básicos, já que o próprio transtorno mental as impede de levar uma vida considerada normal.

A partir desses pressupostos, pode-se inferir, no que diz respeito à constituição de subjetividades, que nos encontros de musicoterapia estão presentes elementos como ritmos, timbres, intensidades, canções e sonoridades, aqui entendidos como eventos musicais. Esses eventos musicais podem ser considerados como dados da realidade social dos indivíduos que integram um grupo. Logo, entender esta produção é também refletir sobre as ações, sentimentos, modo de viver e de pensar, manifestados de forma não-verbal. (SILVA, 2010)

Eventos não-musicais também fazem parte da constituição subjetiva no ambiente terapêutico, como por exemplo: manifestações verbais, manifestações de colaboração, confrontação de fluxos de poder, informações visuais, fatores externos e outros. O conjunto dos eventos musicais e não-musicais contribui para a construção de uma trama social, na qual os participantes podem se entrelaçar como colocado por Silva e Morais (2007, p. 141): “conviver, misturar-se, confundir-se heterogeneamente e descobrir diferenças antes impensadas”. A partir dessas descobertas, as pessoas podem produzir situações de trocas sociais significativas.

Outra questão está relacionada ao acolhimento dessa pessoa que chega demonstrando uma fragilidade e um sofrimento psíquico e o primeiro contato com a equipe de saúde precisa ser de acolher, demonstrar respeito, carinho, atenção. Esse se caracteriza como um momento fundamental no processo de acompanhamento

e inserção no serviço. É um momento inicial de acolhimento do usuário e seu familiar, quando a equipe de saúde se aproxima pela primeira vez do usuário e inicia o processo de vinculação para os casos em que a inserção é pertinente.

O ambiente acolhedor e o vínculo afetivo são condições básicas para a proposta de Nise da Silveira, que parte do princípio de estreita relação entre espaço cotidiano e espaço imaginário, entre mundo externo e mundo interno. (SILVEIRA, 1981). Mas é importante ressaltar que o acolhimento aqui tratado se refere ao hospital que o recebe, ou outro ambiente próprio para o tratamento, mas o mesmo acolhimento precisa existir dentro de casa onde a família precisa contribuir com carinho, afeto para que os mesmos consigam sentir-se parte integrante do ambiente a despeito de sua deficiência.

É fundamental deixar claro que em uma família que tem pacientes com transtornos mentais o sofrimento também é estendido a esta já que está junto, enfrentando todas as dificuldades que o paciente enfrenta. E o afeto, nesses casos, é imprescindível para que se possam ultrapassar as barreiras que surgem com a doença e seus agravos a vida social da pessoa que tem problemas mentais.

Em consonância com outro artigo *“Afetividade como condição para a aprendizagem: Henri Wallon e o desenvolvimento cognitivo da criança a partir da emoção”* encontra-se a investigação sobre a participação da família como cuidadora sob a perspectiva dos profissionais. Fica clara a centralidade do serviço na produção deste cuidado, no qual a família é tida como importante aliada, pois

sem ela o profissional não consegue avançar nos objetivos propostos multidisciplinarmente. Porém, se por um lado o familiar tem no profissional um ponto de apoio constante que tem contribuído para delinear o cuidado, por outro lado os profissionais acham que a participação da família ainda é acanhada. Ressente-se do familiar no serviço, mas acredita necessitar investir mais no entendimento da dinâmica da família, na comunicação com a mesma.

Ainda segundo o autor, mesmo com todos os avanços ocorridos na atenção à saúde mental, a prática de uma assistência integral e humanizada é uma proposição a ser atingida, pois ainda é possível constatar, no cotidiano dos serviços, intervenções desarticuladas e fragmentadas. Em parte, tal fragmentação pode ser atribuída à coexistência de duas lógicas de atenção, que se contrapõem: uma relacionada ao modelo médico-procedimento-centrado e a outra ao modelo do cuidado integral em rede, usuário-centrado.

Nesse sentido, há, em um mesmo serviço, práticas concomitantes que expressam, por um lado, o distanciamento e o isolamento produzido entre os interesses de usuários e o cuidado a eles oferecido, e, por outro, práticas dirigidas ao fortalecimento e autonomia do sujeito, objeto de intervenção. A coexistência desses diferentes modos de operar revela a presença de dois paradigmas que influenciam diretamente as intervenções dos profissionais, criando obstáculos que dificultam a comunicação entre eles, não somente no próprio serviço, como, também, com os demais serviços que compõem a rede de atenção, comprometendo,

consequentemente, a integralidade do cuidado e a atenção psicossocial.

Assim, percebe-se como o processo de humanização requer um sentido mais humano dos profissionais, que nada mais é do que tratar com dignidade a todos, mas especificamente aqueles pacientes com problemas mentais. Aqui, é importante lembrar que os CAPS são serviços públicos de referência para o tratamento de pessoas que necessitam de cuidados intensivos, por vivenciarem situações de intenso sofrimento psíquico. Sujeitos em condição de fragilidade subjetiva, que, de modo geral, apresentam funcionamento psicótico ou limítrofe e constituem uma demanda específica. (BRASIL, 2004)

Alguns autores sinalizam que a psicose surge por um efeito das deficiências do ambiente nos estágios iniciais do desenvolvimento do indivíduo, mais especificamente na fase de dependência absoluta (ABRAM, 1996). Ainda nessa perspectiva, estudos afirmam que a organização limítrofe também se desenvolve devido às falhas ambientais, que acontecem especificamente na fase de dependência relativa. Pode-se perceber, assim, que tanto o funcionamento do tipo psicótico quanto o limítrofe são compreendidos como organizações defensivas devido a falhas do meio ambiente, ou seja, um ambiente insuficientemente bom que não foi capaz de fornecer um *holding* adequado no momento em que a criança necessitava. (VAISBERG; MACHADO, 2000)

A atual Política de Saúde Mental no Brasil, alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, propõe a progressiva

substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede articulada de serviços de atenção em saúde mental. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Portanto, os CAPS devem estar articulados à rede de serviços de saúde, visto que precisam, permanentemente, de outras redes sociais para fazer face à complexidade das demandas de inclusão de sujeitos que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais. (BRASIL, 2004)

É necessário afirmar que essa progressão para os CAPS, na qual supostamente os pacientes que sofrem problemas mentais possam ter mais atenção, ou pelo menos uma atenção mais humana é algo que ocorre de forma superficial, ao se observar as demandas que crescem e que muitas vezes a rede de serviços não consegue atender a estas, o que força muitas vezes o aumento da carga horária dos profissionais. Além disso, alguns CAPS são mal estruturados, questão que precisa ser olhada de forma especial.

Percebe-se que, diante desse contexto, mostra-se fundamental problematizar a construção de redes de atenção em saúde mental, o que pode implicar na exigência de maior quantidade de serviços que ofereçam assistência a sujeitos em sofrimento psíquico, mas que requer, impreterivelmente, a ativação de redes de diálogo entre os serviços de saúde. Todavia, entende-se que essas “redes” nunca estarão “prontas”, precisam ser construídas e, principalmente, cuidadas cotidianamente.

Com base nos resultados, alguns autores fazem recomendações específicas para a mudança da prática clínica, apresentando que ferramentas que corroboram para uma melhor qualidade de vida de PDM. Por essas interpretações, considera-se

que apenas alguns dos artigos apresentaram coerência entre os objetivos propostos e o quadro teórico metodológico utilizado.

Assim, os artigos derivados de pesquisas, analisados nesta revisão, focalizando as diferentes dimensões da relação de afetividade entre pacientes e trabalhadores apresentam posicionamentos que podem corroborar para um trabalho diferenciado e que oportunizem a estes uma melhor qualidade de vida. No entanto, como pontos positivos dos estudos realizados, destacam-se: aspectos gerais e específicos para o plano de cuidados, compreensão da importância de uso de ferramentas que contribuem para diminuir o sofrimento de pessoas com problemas mentais fornecendo dimensões ou variáveis para a construção de instrumentos, por exemplo, de avaliação da qualidade de vida e do cuidado e reflexões críticas sobre o cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que é muito complexo o atendimento à Saúde Mental tendo em vista que envolve uma rede de disciplinas e profissões, assim como a família atuando conjuntamente. No cuidado à Saúde Mental, é importante pensar em como os diferentes tipos de atendimento podem acolher as singularidades dos sujeitos em sofrimento.

Dessa forma, os dispositivos do cuidado integral se transversalizam no cotidiano do atendimento e, principalmente, no ato de acolher e no vínculo construído nas relações terapêuticas, criando a autonomia e a corresponsabilização, e requisitam dos sujeitos envolvidos uma maior capacidade de articulação com as

próprias demandas imaginárias que se conformam no contexto subjetivo de cada trabalhador e usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram, J. (1996). A linguagem de Winnicott. Rio de Janeiro. 2000. Editora Revinter Ltda.

Ballarin, M. L. G. S., Ferigato, S. H., Carvalho, F. B. D., & Miranda, I. M. S. D. (2011). Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O mundo da Saúde*, 35(2), 162-168.

PARO, D. M., & BELLENZANI, R. (2012, July). REFLEXÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): OS PROCESSOS DE TRABALHO E A PRODUÇÃO DE ESTRESSE NA EQUIPE. In *V CIPSI-Congresso Internacional de Psicologia*.

Bezerra, N. E., Damasceno, M. M. S., de Oliveira, A. C., & de Oliveira, S. M. (2012). Prevalência da violência doméstica e abordagem sócio-jurídica da reinserção social dos portadores de doença/deficiência mental no CAPS do Crato-CE. *ID ON LINE REVISTA MULTIDISCIPLINAR E DE PSICOLOGIA*, 6(18), 102-115.

Bezerra Jr, B. (2009). Retraimento da autonomia e patologia da ação: a distímia como sintoma social. *O futuro da autonomia: uma sociedade de indivíduos*, 35-51.

Bonfim, I. G., Bastos, E. N. E., Góis, C. W. D. L., & Tófoli, L. F. (2013). Apoyo matricial en salud mental en la atención primaria a la salud: un análisis de la producción científica y documental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 287-300.

Coordenação Geral de Saúde Mental. Álcool e Outras Drogas. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. (2015). Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção

psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.

Básica, N. A., & Especializada, N. A. (2005). Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência.

Cardoso, L. N., & dos Santos Cunha, R. R. (2014). Trocas Afetivas e Psicossociais em Musicoterapia: grupos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Revista InCantare*.

Cunha, R., & Volpi, S. (2008). A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. *Revista científica/FAP*.

Dantas, H. (1992). Afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon. In *Piaget, Vygotsky, Wallon: Teorias Psicogenéticas em Discussão*. São Paulo: Summus.

GUAZINA, L. (2008). Reflexões sobre o 'social' em musicoterapia. *Anais X fórum Paranaense de Musicoterapia e I Encontro Sul-brasileiro de Musicoterapia, Curitiba*, 110-117.

Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2145-2154.

Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P. D., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental- Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060.

La Taille, Y. J. M. R. de, Oliveira, M. K. de, & Pinto, H. D. de S. (1992). Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus.

Oliveira Lussi, I. A., Pereira, M. A. O., & Junior, A. P. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 448-456.

Martins, F. H., dos Santos Sobrinho, C. I., & de Barros Moreira, S. L. (2018). HUMANIZAÇÃO NO ACOLHIMENTO ÀS MÃES USUÁRIAS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM UMA UNIDADE NEONATAL. *Gep News*, 1(4), 43-48.

Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., & Jardim, V. M. D. R. (2011). Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trabalho, educação e saúde*, 9(2), 265-276.

PIAGET, J. (1998). A evolução social e a pedagogia nova. *PIAGET, Jean. Sobre a Pedagogia: textos inéditos. São Paulo: Casa do Psicólogo, [1933], 97-112.*

Santos, A. M. D., Assis, M. M. A., Nascimento, M. A. A. D., & Jorge, M. S. B. (2008). Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 464-470.

Santos, A. M. D., Assis, M. M. A., Rodrigues, A. Á. A. D. O., Nascimento, M. A. A. D., & Jorge, M. S. B. (2007). Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 75-85.

Sawaia, B. B. (2000). Por que investigar afetividade.

Scheibel, A., & Hecker Ferreira, L. (2012). Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 966.

Silveira, N. D. (1981). Imagens do inconsciente. *Rio de Janeiro: Alhambra*, 346, 4ª.

Silveira, C. S., & Zago, M. M. F. (2006). Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 614-619.

SPIRO, R., COULSON, R., FELTOVICH, P., & ANDERSON, D. (1996). Teoria e método em Psicologia.

Vaisberg, T. M. J. A., & Machado, M. C. L. (2000). Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicologia USP*, 11(1), 29-48.

WALLON, H. (1968). A evolução psicológica da criança. Lisboa: Persona.

Zanini, C. R. D. O., Jardim, P. C. B. V., Salgado, C. M., Nunes, M. C., Urzêda, F. L. D., Carvalho, M. V. C., ... & Souza, W. K. S. B. D. (2009). O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(5), 534-540.

Oliveira, Patrícia Fonseca de; Júnior, Walter Melo; Vieira-Silva, Marcos. Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados Pesquisas e Práticas Psicossociais 12 (1), São João del Rei, janeiro-abril de 2017. e241

Mansur Marcos Trad¹ Aldira Bodachne Muhlmann² Ivo Marcos Medeiros Vieira³ A IMPORTÂNCIA DA AFETIVIDADE PARA PROMOVER UMA MELHOR APRENDIZAGEM DA CRIANÇA SEGUNDO A TEORIA DE WALLON *PsicoFAE*, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 25-31, 2014

Contribuições de Henri Wallon à relação cognição e afetividade na educação Aurino Lima Ferreira¹ Nadja Maria Acioly-Régnier² *Educar*, Curitiba, n. 36, p. 21-38, 2010. Editora UFPR

Teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget e sua interface com a terapia cognitivo-comportamentalfamiliar Melo, Tatiane Coutinho Vieira de. Repositório Institucional - Universidade Federal de Uberlândia. Instituto de Psicologia - IPUFU, 2011.

Laura Vilela e Souza¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil Manoel Antônio dos Santos Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil PROXIMIDADE AFETIVA NO RELACIONAMENTO PROFISSIONAL-PACIENTE NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 3, p. 395-405, jul./set. 2013

Elvira Cristina Martins Tassoni Sérgio Antônio da Silva Leite
Afetividade no processo de ensino-aprendizagem: as contribuições
da teoria walloniana Educação (Porto Alegre, impresso), v. 36, n. 2,
p. 262-271, maio/ago. 2013

Daniel Magalhães Goulart1 Clínica, subjetividade e educação: uma
integração teórica alternativa para forjar uma ética do sujeito no
campo da saúde mental. SAÚDE, CULTURA E SUBJETIVIDADE: UMA
REFERÊNCIA INTERDISCIPLINAR Fernando González Rey | José
Bizerril, p.59-83, UniCEUB, 2015.

Psicologia: Teoria e Pesquisa Abr-Jun 2011, Vol. 27 n. 2, pp. 249-
254 As Relações entre Afetividade e Inteligência no
Desenvolvimento Psicológico1 Maria Thereza Costa Coelho de
Souza2 Universidade de São Paulo

Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma
revisão da literatura Gisleangela Lima Rodrigues Carrara1 ; Glucia
Mariane Domingos Moreira2 ; Graziela Maria Facundes2 ; Rejiane
dos S. Pereira2 ; Priscila Lapaz Baldo3 Revista Fafibe On-Line,
Bebedouro SP, 8 (1): 86-107, 2015

TROCAS AFETIVAS E PSICOSSOCIAIS EM MUSICOTERAPIA:
GRUPOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E
DROGAS Leonardo Nascimento Cardoso21 Rosemyriam Ribeiro
dos Santos Cunha22 Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas
Interdisciplinares em Musicoterapia, Curitiba v.2, p. 74 – 94. 2011.

Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo,
acolhimento, co-responsabilização e autonomia Maria Salete Bessa
Jorge 1 Diego Muniz Pinto 2 Paulo Henrique Dias Quinderé 2
Antonio Germane Alves Pinto 3 Fernando Sérgio Pereira de Sousa
2 Cinthia Mendonça Cavalcante 2 Ciência & Saúde Coletiva,
16(7):3051-3060, 2011.

CAPÍTULO XVI

ABORDAGEM AO PACIENTE COM CATATONIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.PSM303.1122-16

Caio César Jucá Lucena¹
Joel Porfirio Pinto²

¹ Médico - Residente em Psiquiatria no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Médico Psiquiatra - Mestre em Saúde Mental pela FMRP-USP - Preceptor da Residência de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

RESUMO

A catatonia é uma síndrome distinta, dado que pode resultar de um grande número de transtornos neuropsiquiátricos e de outras causas clínicas, tais como disfunções metabólicas e infecções. Ademais, é potencialmente grave e, mesmo com critérios diagnósticos e tratamentos iniciais bem estabelecidos, pode facilmente passar despercebida ou ser mal conduzida, geralmente pela persistência errônea da associação do quadro com uma etiologia puramente psiquiátrica (historicamente, esquizofrenia). Desse modo, torna-se de grande importância para o profissional médico apropriar-se da propedêutica adequada, lançando mão do raciocínio clínico, da solicitação apropriada de exames e do suporte necessário para uma abordagem efetiva dessa condição.

1. INTRODUÇÃO

Em 1874 a catatonía foi abordada pela primeira vez em um trabalho científico publicado por Karl Ludwig Kahlbaum, com a descrição inicial de que se tratava de uma condição neurológica com apresentação clínica comportamental, com predominância de sintomas psicóticos e de humor (KAHLBAUM, 1973). Posteriormente Emil Kraepelin e Eugen Bleuer associaram a condição à esquizofrenia, tendo esse vínculo perdurado até o final do século XX (FINK; SHORTER; TAYLOR, 2010).

Entretanto, percebeu-se que tal condição ocorria também em pacientes com transtornos do humor e também em patologias não psiquiátricas, o que levou ao conceito atual estabelecido na **Quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V)** de que se trata de uma síndrome, a qual tem como característica essencial uma perturbação psicomotora acentuada que pode envolver atividade motora diminuída, participação reduzida durante exame físico e entrevista ou atividade motora excessiva e distinta, além de primordialmente envolver o comprometimento da função volitiva do indivíduo. Desse modo, há diversas formas de apresentação do quadro, podendo confundir ao examinador, variando desde ausência importante da resposta psicomotora até agitação acentuada. Tal condição pode ocorrer no curso de transtornos psiquiátricos, bem como em vigência de outras doenças e de efeitos colaterais de medicações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A incidência de catatonia foi estudada principalmente em pacientes internados, nos Estados Unidos foi identificado o quadro numa taxa que varia entre 7 e 17% nas admissões em serviços de psiquiatria (FRANCIS, 2010). Ademais, um estudo canadense aponta para as seguintes condições mais comumente associadas: transtornos do humor (46%); esquizofrenia (20%); transtorno esquizoafetivo (6%); condições clínicas (16%); abstinência de benzodiazepínicos (4%) e outros transtornos psiquiátricos (8%) (ROSEBUSH; MAZUREK, 2010).

2. ETIOPATOGENIA

A fisiopatologia da catatonia é apenas parcialmente conhecida. Já foram descritas lesões focais em diversas regiões do encéfalo, porém é raro que essas produzam catatonia, sendo alterações difusas causadas por disfunções metabólicas e tóxicas causas mais comuns. Há também a suspeita de que a desregulação dos neurotransmissores esteja relacionada na gênese da síndrome, em especial os sistemas gabaérgicos, glutamatérgicos e dopaminérgicos (NETO; PINTO, 2021).

3. APRESENTAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

Os principais sinais e sintomas característicos da catatonia estão representados na **Tabela 16.1**

Conforme o DSM V, a síndrome clínica será definida pela presença de três ou mais de um total de 12 características psicomotoras (no Manual, a Catatonia não é tida como uma classe

independente, mas sim associada aos seguintes quadros: a) Catatonia associada a outro transtorno mental // b) Transtorno catatônico devido a outra condição médica // c) Catatonia não especificada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Algumas escalas também foram desenvolvidas para o diagnóstico de catatonia, dentre elas a mais conhecida é a ***Bush-Francis Catatonia Ranking Scale*** (BFCRS), composta por 23 itens, os quais englobam os critérios diagnósticos do DSM, com ecopraxia/ecolalia e postura/catalepsia agrupadas juntas como um só critério, além de outros adicionados. Para essa escala, o limiar para diagnóstico é menor, sendo necessária apenas a presença de dois de 14 itens para *screening* diagnóstico (os quais estão demarcados na **tabela 16.1**), e, caso seja positiva, deve-se proceder a realização da versão completa da escala, a qual conta com gradação dos itens de 1 a 3 pontos para classificar a gravidade de cada dimensão avaliada. Essa escala encontra-se traduzida para o Português (NUNES et al., 2017; WALTHER et al., 2019).

Tabela 16.1 – Critérios diagnósticos para Catatonia (DSM V + BFCRS)

Estupor*	Ausência de atividade psicomotora ou diretamente relacionada ao ambiente.
Catalepsia ***	Indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade.
Flexibilidade Cérea*	Se mantém a posição corporal em que é colocada, com leve resistência ao movimento, dando uma impressão cérea, como se fosse a cera de uma vela.
Mutismo*	Ausência ou rara expressão verbal.
Negativismo*	Oposição ou ausência de resposta aos estímulos externos.
Postura*,**	Manutenção espontânea e ativa de uma postura contrária à gravidade.

Maneirismo*	Movimentos estranhos e propositalis.
Estereotipia*	Comportamento motor repetitivo não direcionado a metas.
Agitação, não influenciada por estímulos externos*	Excitação motora durante a qual o paciente não responde diretamente ao entrevistador.
Caretas*	Posturas ou expressões faciais bizarras.
Ecolalia**	Imitação da fala de outro indivíduo.
Ecopraxia**	Imitação dos movimentos de outro indivíduo.
Olhar fixo***	Olhar sustentado e fixo sem propósito aparente, pouca ou nenhuma visualização do ambiente, redução do piscar.
Verbigeração***	Repetição de palavras ou frases sem sentido.
Retirada***	Recusa-se a beber, comer ou fazer contato visual.
Rigidez***	Manutenção de uma posição rígida ante a tentativa de ser movimentado. Excluir se houver roda dentada ou tremor associado.
Impulsividade	O paciente subitamente engaja em comportamento inapropriado na ausência de estímulo ou provocação, depois, não oferece explicação consistente para o episódio.
Obediência Automática	Cooperação excessiva com a solicitação do examinador ou continuação espontânea do movimento solicitado.
<i>Mitgehen (faz parte da Obediência Automática)</i>	Com um leve toque do entrevistador sob a mão do paciente, este levanta o braço imediatamente, mesmo com instrução para não o fazer.
<i>Gegenhalten</i>	Resistência à mobilização passiva, que é proporcional à força do estímulo, parecendo mais automática do que volitiva.
Ambitendência	O paciente parece executar o movimento pela metade, de forma indireta e hesitante.

Reflexo de agarrar	Avaliado por meio do exame neurológico.
Perseveração	O paciente repetidamente retorna ao mesmo tópico ou persiste no mesmo movimento.
Agressividade	Geralmente, de forma não dirigida, depois, não oferece explicação consistente para o episódio.
Alterações autonômicas	Verificar pressão arterial, temperatura, pulso, frequência respiratória e diaforese.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; WALTHER et al., 2019

Legenda:

* Consta como critério do DSM V

** Para BFCRS = Ecolalia/ Ecopraxia e Postura/ Catalepsia são considerados critérios únicos, enquanto no DSM são individualizados

*** Critério específico da Bush-Francis Catatonia Ranking Scale (BFCRS), dos quais constam nos 14 itens utilizados como *screening*, portanto não fazem parte dos critérios do DSM, bem como os demais critérios abaixo dos mesmos na lista

Em um grande estudo retrospectivo onde foram avaliados cerca de 220 casos, os sintomas mais comuns encontrados foram: estupor (97%); mutismo (97%); retirada/recusa alimentar (91%); olhar fixo (87%); negativismo (67%); postura (58%) e rigidez (54%) (RASMUSSEN; MAZUREK; ROSEBUSH, 2016).

Há também uma apresentação menos típica da síndrome, conhecida como Catatonia Maligna, potencialmente letal que é caracterizada por quadro febril, instabilidade autonômica (pressão arterial lábil ou hipertensão, taquicardia, taquipneia, diaforese), delírium e rigidez. Alguns achados laboratoriais comuns, mas não específicos incluem leucocitose, elevação de creatinofosfoquinase (CPK) e baixos níveis de Ferro sérico. Deve-se atentar para a sobreposição do quadro clínico com o da Síndrome Neuroléptica Maligna (MANN et al., 2005).

4. MANEJO CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES

Preconiza-se uma abordagem sistematizada e prática dos pacientes com quadro clínico sugestivo de catatonia para que se poder realizar o diagnóstico. Inicia-se pela coleta de uma história clínica detalhada e exame físico minucioso. Alguns pontos relevantes a serem abordados são:

- Episódios semelhantes prévios, comorbidades clínicas e psiquiátricas.
- Uso recente de medicações (em especial atentar para o uso de neurolépticos e medicações com ação serotoninérgica).
- Questionar flutuação do quadro ou episódios paroxísticos, o que pode sugerir quadros epileptiformes, por exemplo.
- Aferição frequente de sinais vitais e estabilização clínica do quadro se necessário, além de exame físico completo.
- Em especial, no exame neurológico verificar a presença de sinais focais e de movimentos atípicos.
- Durante a entrevista, atentar para a imitação de gestos pelo paciente; realizar manipulação passiva dos membros, para ver se há alguma resistência; avaliar resposta do paciente às ordens solicitadas e verificar a presença de reflexo de preensão (NETO; PINTO, 2021).

Em relação à solicitação de exames complementares, não há um padrão único, devendo basear-se nas principais hipóteses aventadas após o exame e a anamnese. Geralmente, a investigação

laboratorial demandará hemograma completo, ureia, creatinina, CPK, transaminases, eletrólitos, glicemia, sumário de urina, testes de função tireoidiana e marcadores inflamatórios para avaliação de possíveis comorbidades, além de causas ou complicações da catatonia. Em caso de suspeitas de estado de mal não convulsivo, antecedentes de epilepsia ou suspeita de encefalite, o eletroencefalograma (EEG) ou vídeo – eletroencefalograma (vídeo-EEG) são de grande importância. A Tomografia Computadorizada de Crânio (TC) deve sempre ser solicitada, optando-se pela Ressonância Nuclear Magnética (RNM), caso essa encontre-se disponível, na suspeita de causa neurológica, visando descartar lesão focal causadora do quadro e, no caso da RNM, avaliação de alterações mais sutis. Ademais, em caso de suspeita de causas infecciosas ou imunomediadas, pode-se dispor de punção lombar para estudo do líquido (NETO; PINTO, 2021; RASMUSSEN; MAZUREK; ROSEBUSH, 2016).

Para todos os pacientes com catatonia, devem ser investigados desidratação e desnutrição, dada a possível recusa alimentar e de líquidos; nesses casos deve ser ponderada a necessidade de sondagem e de hidratação parenteral, por exemplo. Há também o risco de tromboembolismo venoso e de úlceras de pressão, caso o paciente não se movimente ou permaneça a maior parte do tempo restrito ao leito, podem ser tomadas medidas profiláticas como uso de meias de compressão e uso de anticoagulantes, além da mudança de decúbito regularmente a cada duas horas visando a prevenção da formação das úlceras. Em casos de impulsividade/agressividade, deve-se preferir o uso de

benzodiazepínicos em relação aos antipsicóticos para manejo dessa sintomatologia (JAIMES-ALBORNOZ; SERRA-MESTRES, 2012; ZISSELMAN; JAFFE, 2010).

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Existem diversas causas de catatonia secundária a causas médicas gerais ou medicamentosas, tais como:

- **Causas neurológicas:** estado de mal não convulsivo, encefalites, esclerose múltipla, lúpus, demência, traumatismo crânio encefálico (TCE);
- **Causas metabólicas:** porfiria, disfunções renais ou tireoidianas, cetoacidose diabética;
- **Causas nutricionais:** síndrome de Wernicke, pelagra, deficiência de vitamina B12;
- **Causas medicamentosas:** opióides, antidepressivos tricíclicos, inibidores de receptação da Serotonina (ISRS), neurolépticos;
- **Causas relacionadas ao uso de drogas:** cannabis, álcool (JAIMES-ALBORNOZ; SERRA-MESTRES, 2012).

Em especial, há um grupo de distúrbios neurológicos que possuem sintomatologia mais próxima à catatonia e, portanto, demandam uma maior atenção para a realização do diagnóstico apropriado:

- **Sintomas Extrapiramidais (SEP):** pacientes que usaram antipsicóticos também podem apresentar imobilidade, alteração no olhar e rigidez. A presença de tremor e da interatividade e cooperação dos pacientes são alguns diferenciais (mais característicos de impregnação por neurolépticos, no caso). Distonia pode simular alteração postural e agitação também pode se confundir com acatisia, então nos casos de usuários de antipsicóticos com essa sintomatologia, deve-se realizar bem a diferenciação para que seja realizado o tratamento adequado. Também espera-se uma pronta resposta com Benzodiazepínicos no caso da catatonia, o que não ocorre em casos de SEP.
- **Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM):** clínica muito similar à catatonia maligna, com a evidência de uso prévio de antipsicótico e a instabilidade autonômica ajuda a diferenciar do quadro de catatonia não complicada. Deve-se cessar o uso de antipsicótico e iniciar terapia de suporte clínico e medicamentosa direcionada à SNM, além de acompanhamento clínico intensivo.
- **Estado de Mal Não Convulsivo:** pode ser indistinguível da catatonia clinicamente (uma pista seria atentar para piscadas irregular ou alteração marcante da movimentação ocular), ambos podem ter estupor, mutismo, rigidez, não cooperação e recusa alimentar, os principais achados para diferenciação seriam identificados a partir da realização de EEG, sendo o exame na catatonia

caracteristicamente normal ou com alterações difusas e não específicas.

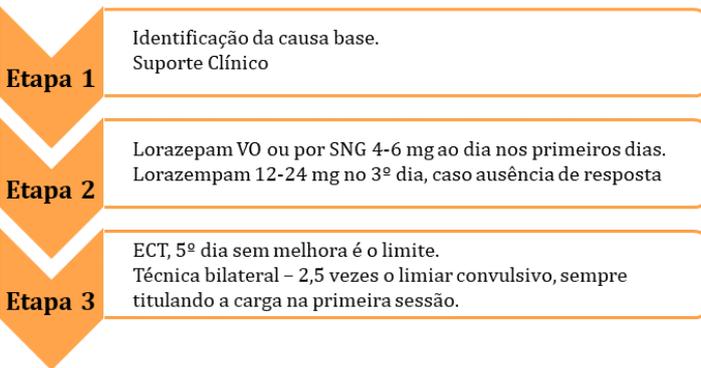
- **Acidente Vascular Encefálico (AVE):** pode cursar com mutismo, costuma ter sinais neurológicos focais, alteração de neuroimagem e geralmente não apresentam outros sintomas catatônicos.
- **Doença de Parkinson:** em estágios avançados, quando não realizado o tratamento adequado, pacientes portadores de Parkinson podem apresentar bradicinesia, rigidez e redução da fala, ademais, pode haver um episódio depressivo concomitante que exacerba tais sintomas. No caso devem ser avaliados os outros sintomas associados ao parkinsonismo, como tremores e instabilidade postural e resposta positiva com a Levodopa (que pode ocorrer em menor grau na catatonia, que responde melhor aos Benzodiazepínicos).
- **Encefalite anti-receptor N-metil-D-aspartato (rNMDA):** doença autoimune com sintomas neuropsiquiátricos proeminentes, incluindo catatonia em cerca de 40% dos pacientes. Pode progredir rapidamente com convulsões e piora do estado geral (ANAND et al., 2019; RASMUSSEN; MAZUREK; ROSEBUSH, 2016; SARKIS et al., 2019).

6. TRATAMENTO

Diversos estudos retrospectivos demonstram uma melhora importante da catatonia com uso de benzodiazepínicos

(sendo o Lorazepam o fármaco mais frequente mencionado nos estudos realizados) e também com Eletroconvulsoterapia (ECT), sendo que quadros crônicos e com diagnóstico subjacente de esquizofrenia aparentam apresentar uma resposta menos robusta a essa abordagem. O uso de antipsicóticos é proscrito nos quadros de catatonia maligna devido ao risco de SNM, contudo, nos demais casos, faz-se necessário tratar a causa base após instituído o tratamento sindrômico, dessa forma, pode-se recorrer aos antipsicóticos (de preferência, atípicos) para tratamento de paciente sabidamente portador de transtorno psicótico, por exemplo, após investigação sugerir que o quadro é decorrente do mesmo e após melhora inicial da sintomatologia catatônica, sempre atentando para os riscos de agravos ou complicações (JAIMES-ALBORNOZ; SERRA-MESTRES, 2012; RASMUSSEN; MAZUREK; ROSEBUSH, 2016).

Como exemplo de fluxograma de tratamento em um contexto no qual se dispõe de ECT, o Serviço de Neuropsiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo segue um protocolo adaptado do Maudsley Institute of Psychiatry, de Londres e do Massachusetts General Hospital, de Boston, como demonstrado no esquema a seguir (TAYLOR; BARNES; YOUNG, 2018):



Fonte: Adaptado de NETO; PINTO, 2021

Por fim, em caso de refratariedade ao uso de benzodiazepínicos e na ausência da disponibilidade de serviço de ECT, um estudo de revisão sistemática, no qual foi realizada uma revisão extensa de tratamentos para catatonia alternativos aos benzodiazepínicos ou à ECT, propõe as seguintes “etapas” adicionais, na ordem proposta pelos autores, devendo ser passada para a próxima caso não haja resposta satisfatória com o uso do fármaco em dose e tempo adequados:

- **Antagonistas do Glutamato** (Ex: Memantina na dose de 10–20 mg/dia ou Amantadina 100–600 mg/dia);
- **Fármacos anticonvulsivantes** (Ex: Carbamazepina 300–600 mg/dia ou Valproato de Sódio 500–1500 mg/dia);
- **Antipsicótico atípico, feito em conjunto com Lorazepam** (Ex: Aripiprazol 10–30 mg/dia, Olanzapina 2,5–10 mg/dia ou Clozapina 200–300 mg/dia) (BEACH et al., 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução: Maria Inês Corrêa ... [et al.] Nascimento. 5.ed ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANAND, S. et al. Why do neurologists miss catatonia in neurology emergency? A case series and brief literature review. **Clinical Neurology and Neurosurgery**, v. 184, n. August 2018, p. 105375, 2019.

BEACH, S. R. et al. Alternative treatment strategies for catatonia: A systematic review. **General Hospital Psychiatry**, v. 48, n. March, p. 1-19, 2017.

FINK, M.; SHORTER, E.; TAYLOR, M. A. Catatonia Is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. **Schizophrenia Bulletin**, v. 36, n. 2, p. 314-320, 1 mar. 2010.

FRANCIS, A. Catatonia: Diagnosis, Classification, and Treatment. **Current Psychiatry Reports 2010 12:3**, v. 12, n. 3, p. 180-185, 14 abr. 2010.

JAIMES-ALBORNOZ, W.; SERRA-MESTRES, J. **Catatonia in the emergency department** *Emergency Medicine Journal*, 2012.

KAHLBAUM, K. L. **Catatonia**. (Levi Y, Pridon T, Trans) Johns Hopkins University Press, Baltimore MD, , 1973.

MANN, S. C. et al. Malignant Catatonia. **Movement Disorder Emergencies**, p. 53-67, 2005.

NETO, J. G.; PINTO, L. F. Catatonia. In: MIGUEL, E. C. . . . [ET AL. . . ; BASSIT, D. P. . . . [ET AL. . . ; GUIMARÃES-FERNANDES, F. (Eds.). . **Clínica psiquiátrica: as grandes síndromes psiquiátricas, volume 2**. 2. ed. Barueri-SP: Manole, 2021. v. 2p. 1489-1496.

NUNES, A. L. S. et al. Development and validation of the Bush-Francis Catatonia Rating Scale - Brazilian version. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 75, n. 1, p. 44-49, 2017.

RASMUSSEN, S. A.; MAZUREK, M. F.; ROSEBUSH, P. I. Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. **World Journal of Psychiatry**, v. 6, n. 4, p. 391, 2016.

ROSEBUSH, P. I.; MAZUREK, M. F. Catatonia and Its Treatment. **Schizophrenia Bulletin**, v. 36, n. 2, p. 239-242, 1 mar. 2010.

SARKIS, R. A. et al. Anti-N-Methyl-D-aspartate receptor encephalitis: A review of psychiatric phenotypes and management considerations: A report of the american neuropsychiatric association committee on research. **Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 31, n. 2, p. 137-142, 1 abr. 2019.

TAYLOR, D. M.; BARNES, T. R. ; YOUNG, A. H. Catatonia. In: **The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry (The Maudsley Prescribing Guidelines Series)**. 13ª edição ed. [s.l.] Wiley--Blackwell, 2018. p. 107-109.

WALTHER, S. et al. Structure and neural mechanisms of catatonia. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 7, p. 610-619, 2019.

ZISSELMAN, M. H.; JAFFE, R. L. ECT in the Treatment of a Patient With Catatonia: Consent and Complications. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050703>, v. 167, n. 2, p. 127-132, 1 fev. 2010.

CAPÍTULO XVII

DESAFIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-17

Francinéa Rodrigues de Lima ¹

¹ Enfermeira – Mestranda em Gestão em Saúde na Universidade Estadual do Ceará (UECE)

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente é amplamente discutida, mas pouco tem sido escrito sob a perspectiva da internação psiquiátrica. Contudo, há necessidade de cuidados seguros nos diversos tipos de serviços de saúde. Os Eventos Adversos (EAs) no ambiente hospitalar psiquiátrico resultam de diversos fatores, englobando desde os riscos comportamentais dos pacientes às fragilidades dos sistemas organizacionais de saúde. Embora muitos EAs já tenham uma certa incidência e prevalência no âmbito hospitalar, existem particularidades que são específicas da segurança do paciente de unidades de saúde mental. Nessa perspectiva, objetiva-se expor uma revisão narrativa da literatura acerca dos desafios da segurança do paciente no ambiente hospitalar psiquiátrico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão narrativa. Considerou-se a necessidade de mapear o que se tinha produzido até o momento sobre a temática da segurança do paciente no ambiente hospitalar psiquiátrico e que não houvesse restrição ao tipo de publicação ou restrição temporal. Foram incluídas as publicações que apresentavam informações sobre a segurança do paciente, com enfoque na saúde mental. A análise das publicações ocorreu a partir da pesquisa em diversas bases de dados e sites de busca. **Resultados e discussão:** Alguns fatores, tais como limitações na estrutura física, problemas de pessoal como carga de trabalho excessiva da equipe, falta de capacitação, falha na

comunicação; situações tensas ou hostis, como comportamentos inseguros associados a problemas graves de saúde mental (por exemplo, automutilação e suicídio) e riscos clínicos associados a erros nas medidas de contenção, supermedicação, quedas em decorrência das medicações, tentativa de evasão, repercutem diretamente na execução do trabalho e assistência prestada. Relatar esses fatores ajuda a equipe a identificar oportunidades de melhoria, construir sua compreensão dos riscos de segurança do paciente e aprender com cada experiência para que situações de risco possam ser abordadas e evitadas. Conclusão: É no ambiente hospitalar psiquiátrico que o paciente tem um tratamento contínuo e especializado em saúde mental, para que isto seja possível, garantindo qualidade e segurança ao usuário, deve-se contar com infraestrutura adequada à complexidade almejada e profissionais preparados. Ressalta-se a importância da realização de novos estudos sobre a segurança do paciente em hospitais de saúde mental visto a escassez de pesquisas que contemplem o tema.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Hospital Psiquiátrico. Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por segurança do paciente a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável. Os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte (BRASIL, 2015). Esses eventos podem acontecer em diversas instituições de saúde, incluindo o ambiente hospitalar psiquiátrico.

O tema segurança do paciente tem sido encarado como uma prioridade de saúde pública em diversos países (BOUSSAT *et al.*, 2015). O Ministério da Saúde, em 2013, por meio da Portaria nº 529/2013, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Segundo o PNSP, os

incidentes são considerados circunstâncias ou eventos inesperados consequentes dos cuidados de saúde prestados que podem resultar em dano desnecessário ao paciente, mas que podem ser evitáveis na sua maioria. Evento adverso (EA), por sua vez, é definido como um incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, e pode ser classificado em leve, moderado, grave e óbito (WHO, 2009).

Embora muitos EAs já tenham uma certa incidência e prevalência no âmbito hospitalar, existem particularidades que são específicas da segurança do paciente de unidades de saúde mental pois são ambientes que abrangem problemas comportamentais tais como violência, fuga, automutilação e tentativas de suicídio (BOWERS; SIMPSON; ALEXANDER, 2003; NATH; MARCUS, 2006).

Os EAs no ambiente hospitalar psiquiátrico resultam de diversos fatores, englobando desde os riscos comportamentais dos pacientes às fragilidades dos sistemas organizacionais de saúde. Tendo em vista a carência de informações à disposição para conduzir os sistemas de segurança do paciente em saúde mental, o desenvolvimento e aperfeiçoamento das ferramentas de gestão são indispensáveis para promover uma cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde (BRICKELL; MCLEAN, 2011).

Em consonância com a segurança do paciente, o princípio bioético da não maleficência declara que a atenção em saúde deve causar o menor dano ou agravo à saúde do paciente. Para isto, o profissional deve ter conhecimento teórico-prático especializado em saúde mental para avaliar os riscos de determinada

terapêutica, propiciando condutas benéficas ao paciente com menor prejuízo ou agravo à sua saúde, e uma prática mais segura e menos iatrogênica (LEMKE; SILVA, 2011; TEIXEIRA, 2013).

A segurança do paciente é amplamente discutida, mas pouco tem sido escrito sob a perspectiva da internação psiquiátrica. Contudo, há necessidade de cuidados seguros nos diversos tipos de serviços de saúde. Para tal é necessário o reconhecimento e gerenciamento dos riscos no intuito de sensibilizar para a adoção de atitudes compartilhadas que levem a mudanças, reduzindo erros e tensões entre profissionais e população (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

Nessa perspectiva, objetiva-se expor uma revisão narrativa da literatura acerca dos desafios da segurança do paciente no ambiente hospitalar psiquiátrico.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão narrativa. Segundo Rother (2007) não há necessidade de estabelecer uma sistematização na descrição e desenvolvimento de determinado assunto, o que possibilita o conhecimento e discussão de novos temas e caminhos teórico-metodológicos, a partir de diversas fontes documentais, além da utilização da subjetividade dos pesquisadores para a seleção e interpretação das informações.

Neste estudo, ao se optar pela revisão narrativa considerou-se a necessidade de mapear o que se tinha produzido até o momento sobre a temática da segurança do paciente no ambiente hospitalar psiquiátrico e que não houvesse restrição ao tipo de

publicação ou restrição temporal. Foram incluídas as publicações que apresentavam informações sobre a segurança do paciente, com enfoque na saúde mental. A análise das publicações ocorreu a partir da pesquisa em diversas bases de dados e sites de busca, resultando em artigos pertinentes à temática, estes

foram lidos e serão abordados conforme a temática em questão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante que a assistência ao paciente internado em hospitais psiquiátricos esteja atrelada à diversidade do conceito de segurança do paciente, pois os diferentes aspectos estão intimamente ligados. A desatenção em uma área pode afetar outras, levando a erros e eventos adversos no atendimento (KANERVA; LAMMINTAKANEN; KIVINEN, 2012). Os serviços de internação em saúde mental geralmente incluem pacientes que estão experimentando altos níveis de sofrimento e, portanto, estão em maior risco.

Alguns fatores, tais como limitações na estrutura física, problemas de pessoal como carga de trabalho excessiva da equipe, falta de capacitação, falha na comunicação; situações tensas ou hostis, como comportamentos inseguros associados a problemas graves de saúde mental (por exemplo, automutilação e suicídio) e riscos clínicos associados à erros nas medidas de contenção, supermedicação, quedas em decorrência das medicações, tentativa de evasão, repercutem diretamente na execução do trabalho e

assistência prestada (ESTRELA; LOYOLA, 2014; KEERS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2018; ALSHOWKAN; GAMAL, 2019).

Estudos apontam que o projeto e as instalações das enfermarias podem ser considerados como impulsionadores da segurança dos pacientes. Déficit na estrutura física, no quantitativo de profissionais de saúde e na organização dos serviços que podem gerar riscos na segurança de pacientes, funcionários e visitantes (STAGGS, 2016; ABELA-DIMECH; JOHNSTON; STRUDWICK, 2017).

Grande parte das enfermarias psiquiátricas são protegidas, e isso oferece alguns pontos positivos e negativos em relação à segurança do paciente. Os pontos positivos compreendem a proteção dos pacientes contra visitantes indevidos, roubos e acesso a drogas e álcool (SLEMON; JENKINS; BUNGAY, 2017). Quanto aos pontos negativos, estes podem estar na autoridade dos profissionais sobre os pacientes, que podem sentir que perderam sua liberdade e ficaram frustrados e aborrecidos. Além disso, as enfermarias psiquiátricas fechadas impactam negativamente na visão geral dos pacientes, implicando que são necessariamente perigosos e incentivando a estigmatização (ULRICH RS *et al.* 2018; MOLIN J. *et al.* 2018).

O dimensionamento de pessoal é um fator contribuinte para a ocorrência de falhas no processo de trabalho, que pode ocasionar erros ou eventos adversos. A falta de pessoal, a pressão do trabalho e a sobrecarga de papéis burocráticos são obstáculos que dificultam o atendimento psiquiátrico de qualidade (ALSHOWKAN; GAMAL, 2019).

Ainda relativo ao pessoal, as habilidades e conhecimentos da equipe são considerados na literatura como importante fator para a segurança do paciente. A equipe precisa de habilidades para fornecer segurança, para ajudar com transtorno e autocuidado, conhecimento sobre o tratamento e como fornecer informações (CHIOVITTI, 2008), conhecimento de medicamentos e o procedimento de administração (GRASSO *et al.* 2003) e para atender às necessidades relacionadas ao trauma e anotá-las em diagnósticos entre outros sintomas (CUSACK *et al.* 2004).

A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é um método comum, mas crítico, para melhorar a segurança do paciente, pois ajuda a equipe a prevenir e responder a eventos adversos, bem como dar feedback sobre erros relatados (BOUSSAT *et al.*, 2015; HAMAIDEH, 2017).

Alguns comportamentos inseguros associados a problemas graves de saúde mental (por exemplo, automutilação) e as medidas tomadas para abordá-los (por exemplo, contenção) podem resultar em riscos adicionais à segurança do paciente. No cuidado ao paciente psiquiátrico em crise, por vezes, é necessário lançar mão da contenção mecânica, compreendida como medida terapêutica de último recurso com o objetivo de controlar os movimentos do paciente agitado, restringindo a sua habilidade de movimento, quando esse oferece perigo para si e para terceiros. Tal medida deve ser usada de forma adequada e conduzida por equipes treinadas, com técnica adequada e em ambiente terapêutico (COFEN, 2012).

Como situações de riscos clínicos em saúde mental, destacam-se os efeitos adversos dos antipsicóticos. O uso

continuado de antipsicóticos também pode gerar rigidez articular, discinesia, hipomobilidade e fraqueza muscular, sendo fatores para risco de quedas (DAMÁSIO; CARVALHO, 2011). A condição dos pacientes está relacionada à cultura de segurança têm efeitos diretos na segurança do paciente; o estabelecimento de ambientes terapêuticos seguros é vital para cultura de segurança efetiva e assistência ao paciente (FAROKHZADIAN *et al.*, 2018).

Relatar esses fatores ajuda a equipe a identificar oportunidades de melhoria, construir sua compreensão dos riscos de segurança do paciente e aprender com cada experiência para que situações de risco possam ser abordadas e evitadas.

4. CONCLUSÃO

Partindo do pressuposto que é no ambiente hospitalar psiquiátrico que o paciente tem um tratamento contínuo e especializado em saúde mental, de modo a atender os momentos de crise, oferecendo hospitalidade, compreende-se que, para que isto seja possível, garantindo qualidade e segurança ao usuário, deve-se contar com infraestrutura adequada à complexidade almejada e profissionais preparados.

As preocupações com a segurança do paciente estão na vanguarda dos cuidados de saúde, incluindo os cuidados de saúde mental. Ressalta-se a importância da realização de novos estudos sobre a segurança do paciente hospitalares de saúde mental visto a escassez de pesquisas que contemplem o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELA-DIMECH, F.; JOHNSTON, K.; STRUDWICK, G. Development and pilot implementation of a search protocol to improve patient safety on a psychiatric inpatient unit. **Clin Nurse Spec.** v.31, n.2, p.104-14, 2017

ALSHOWKAN, A.; GAMAL, A. Nurses' perceptions of patient safety in psychiatric wards. **Journal of Nursing and Health Science**, v.8, n.1, p.1-8, 2019.

BOUSSAT, B., et al. Experience feedback committee: A management tool to improve patientsafety in mental health. **Annals of General Psychiatry**, v.14, n.23, 2015

BOWERS, L.; SIMPSON, A.; ALEXANDER, J. Patient-staff conflict: results of a survey on acute psychiatric wards. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.38, n.7, p.402-408, 2003

BRICKELL, T. A.; MCLEAN, C. Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: a qualitative analysis of expert perspectives. **J Patient Saf**, v.7, n.1, p.39-44, 2011

CHIOVITTI, R.F. Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: a grounded theory study. **International Journal of Nursing Studies**, v.45, p.203-223, 2008

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 427, de 7 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 175-176, 10 maio 2012.

CUSACK, K.J.; FRUEH, B.C.; BRADY, K.T. Trauma history screening in a community mental health center. **Psychiatric Services**, v.55, p.157-162, 2004

DAMÁSIO, J.; CARVALHO, S. Doenças do movimento induzidas por fármacos: a importância dos Psicofármacos. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 24, p. 915- 922, 2011.

ESTRELA, K. S. R.; LOYOLA, C. M. D. Administration of medication to use when needed and the care of psychiatric nursing. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.67, n.4, p.563-7, 2014

FAROKHZADIAN, J. et al. "The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses." **BMC health services research**, v.18, n.1, ago.,2018

GRASSO B.C. et al What do we know about medication errors in inpatient psychiatry? **JointCommission Journal on Quality and Safety**, v.29, p.391-400, 2003

HAMAIDEH, S. H. Mental health nurses' perceptions of patient safety culture in psychiatric settings. **International Nursing Review**, v.64, p.476-485, 2017

KANERVA, A.; LAMMINTAKANEN, J.; KIVINEN, T. Patient safety in psychiatric inpatient care: a literature review. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2012

KEERS, R. N. et al. Prevalence, nature and predictors of prescribing errors in mental health hospitals: a perspective multicenter study. **BMJ Open [Internet]**, v.4, n.9, 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013

MOLIN, J. et al. Time together: a nursing intervention in psychiatric car: Feasibility and effects. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.27, p.1698-1708, 2018

NATH, S. B.; MARCUS, S. C. Medical errors in psychiatry. **Harv Rev Psychiatry**, v.14, n.4, p.204-211, 2006

OLIVEIRA, I. C. L. et al. Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v.71 (Suppl 5), p.2316-22, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XxMdQVnfgJRRwnwG6d564vd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2022.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Editorial. **Acta Paul Enferm**, v.20,n.2, 2007

SCHMUTZ, J.; MANSER, T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. **Br J Anaesth**, v.110, n.4, p.529-544, 2013

STAGGS, V. S. Deviations in monthly staffing and injurious assaults against staff and patients on psychiatric units. **Res Nurs Health**. v.39, n.5, p.347-52, 2016

SLEMON, A. JENKINS E. BUNGAY V. Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. **Nursing Inquiry**, 2017

TOLEDO, V. S. et al. Segurança do paciente psiquiátrico: percepção da equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242325>. Acesso em: 12 jan.2022.

ULRICH, R. S. et al. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. **Journal of Environmental Psychology**, v.57, p.53-66, 2018

WHO. World Health Organization. World alliance for patient safety. Taxonomy The conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: WorldHealth Organization; 2009.

CAPÍTULO XVIII

MANEJO DE EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS A DROGAS DE ABUSO

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-18

Valéria Portela Lima ¹

Samuel Vieira Pinho Neto ²

Giselle Castro de Abreu ³

Alexandre Menezes Sampaio ⁴

¹ Médica - Residente de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Médico - Residente de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Médica - Residente de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Médico - Doutor em Saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - Preceptor do programa de residência em psiquiatria do Hospital de Saúde Mental de Messejana

RESUMO

O uso de drogas altera tanto a função como a estrutura do Sistema Nervoso Central e está entre os principais problemas de saúde pública no mundo. Em 2020, cerca de 275 milhões de pessoas fizeram uso de substâncias ilícitas no mundo, o que constitui um aumento de 22% em relação ao ano de 2010. No estudo “Estimativas Globais de Saúde” compilado pela ONU, mais de 180 mil mortes foram diretamente causadas pelo transtorno por uso de substância em 2019. Os Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) são condições prevalentes em setores de emergência gerais e psiquiátricos. Nesse contexto, os quadros de intoxicação aguda e abstinência devem ser reconhecidos e manejados adequadamente pelos profissionais de saúde a fim de garantir a segurança do paciente e evitar iatrogenias. Intoxicação aguda é uma síndrome reversível específica de determinada substância que ocorreu devido a sua ingestão recente. A abstinência é caracterizada pelo

desenvolvimento de uma alteração comportamental problemática específica a determinada substância, juntamente com efeitos fisiológicos e cognitivos, devido a interrupção ou redução do uso intenso e prolongado da substância. Diante do exposto, essa pesquisa teve como objetivo revisar as principais características dessas afecções e elaborar recomendações para o atendimento desses transtornos na Emergência Psiquiátrica, tendo como base revisão bibliográfica das evidências sobre o manejo terapêutico de condições específicas de cada substância proposta, além de explanar as indicações de internamento psiquiátrico hospitalar. As substâncias psicoativas abordadas são cannabis, opióides, solventes, benzodiazepínicos, cocaína e estimulantes. Cabe ressaltar que o cuidado de pessoas com TUS deve incluir avaliação médica geral (incluindo anamnese completa e exames complementares quando necessário), reconhecimento do quadro, bem como suporte clínico e tratamento específico de complicações quando indicado, além da identificação da rede de apoio do paciente, sensibilização sobre a importância do tratamento e elaboração de encaminhamento.

1. INTRODUÇÃO

Substâncias psicoativas são todas as substâncias que agem no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações relacionadas ao comportamento, humor e cognição. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é toda entidade química ou mistura de entidades (excetuando-se aquelas necessárias para a manutenção da vida, como, por exemplo, água e oxigênio) que altera a função biológica e, possivelmente, sua estrutura (QUEVEDO, 2014). Os termos “substância psicoativa” (SPA) e “droga” serão utilizados como sinônimos ao longo deste capítulo.

O uso de drogas está entre os principais problemas de saúde pública no mundo. Em torno de 5% da população em todo o

mundo (cerca de 230 milhões de pessoas) usou substâncias ilícitas ao menos uma vez no ano de 2010 (QUEVEDO, 2014). No ano passado, cerca de 275 milhões de pessoas usaram drogas, um aumento de 22% em relação a 2010. Em 2030, as projeções demográficas indicam um aumento de 11% em todo o mundo (UN, 2021). No estudo “Estimativas Globais de Saúde” compilado pela ONU, mais de 180 mil mortes foram diretamente causadas pelo transtorno por uso de substância em 2019 (WHO, 2020).

Segundo o levantamento da Fiocruz sobre o consumo de drogas no Brasil realizado em 2015 com um total de 153.000.000 pessoas, foi visto que 3,2% da população estudada havia consumido alguma droga ilícita nos últimos 12 meses. Nesse estudo, foi considerado droga ilícita: maconha, haxixe ou skank, cocaína em pó (excluídas as formas fumada e injetável), crack e similares (cocaínas fumáveis), solventes, ecstasy/MDMA, ayahuasca, LSD, quetamina e heroína. Nos 30 dias anteriores, o consumo de maconha se destacava, estando com porcentagens pelo menos cinco vezes maiores do que qualquer outra substância. Em seguida temos a cocaína em pó e, logo após, a cocaína fumada. As substâncias com as maiores prevalências ao longo da vida foram a maconha, a cocaína em pó, os solventes e as cocaínas fumáveis. Foi observado que o uso de cocaínas fumáveis ocorre principalmente por populações vivendo em situação de rua (BASTOS *et al.*, 2017).

Nesse contexto, a intoxicação aguda e a abstinência são os termos de maior relevância para a emergência psiquiátrica e serão abordados de maneira específica para cada substância.

A característica fundamental da intoxicação aguda é o desenvolvimento de uma síndrome reversível específica de determinada substância que ocorreu devido a sua ingestão recente. As alterações mais comuns decorrentes da intoxicação são perturbações da percepção, vigília, atenção, pensamento, julgamento, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal (APA, 2014). Essas mudanças comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas associadas à intoxicação são provenientes dos efeitos fisiológicos da substância sobre o sistema nervoso central e desenvolvem-se durante ou logo após seu uso (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

A abstinência é caracterizada pelo desenvolvimento de uma alteração comportamental problemática específica a determinada substância, juntamente com efeitos fisiológicos e cognitivos, devido à interrupção ou redução do uso intenso e prolongado da substância (APA, 2014). Os principais sintomas envolvidos na abstinência são intensa disforia, anedonia, falta de motivação e fissura (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

Existem diversos padrões de uso de drogas, sendo o uso nocivo e a dependência química os mais relevantes no contexto da saúde. O uso nocivo (ou prejudicial) consiste em um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha provocado algum dano real ao usuário sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. (WHO, 1993). A dependência química é uma doença crônica e recidivante, caracterizada por mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro que ocorrem como

consequência do uso prolongado de substâncias psicoativas (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

O atendimento emergencial a pacientes agudos ou que necessitem de cuidados intensivos psiquiátricos em unidades de emergência geral ou psiquiátrica justifica-se pela condição primariamente clínica de quadros de intoxicação e de abstinência. A procura de setores de emergência por usuários de álcool e drogas pode ser uma oportunidade para a sensibilização do paciente quanto ao uso de substâncias, comportamentos de risco e consequências médicas e psicossociais do uso de SPAs (DO AMARAL; MALBERGIER; DE ANDRADE, 2010).

2. AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Segundo Quevedo (2014), uma avaliação psiquiátrica abrangente é essencial para orientar o tratamento do paciente que chega à unidade de emergência devido às complicações decorrentes do uso problemático de substâncias e deve incluir:

- História detalha de uso de substâncias e dos efeitos de seu uso no funcionamento do paciente;
- História médica geral, psiquiátrica e exame físico geral;
- História de tratamentos psiquiátricos prévios e da resposta terapêutica obtida;
- História familiar e social;
- Triagem da substância utilizada por meio do sangue, da respiração ou da urina se necessário;

- Outros exames laboratoriais para identificar possíveis condições associadas, como hemograma, eletrólitos, função renal e eletrocardiograma;
- Obtenção de dados da história com familiares ou acompanhantes após o consentimento do paciente.

3. MANEJO DA INTOXICAÇÃO AGUDA

O primeiro passo do manejo da intoxicação aguda é a definição quanto a tratar-se de processo agudo ou crônico. No caso da intoxicação aguda deve-se considerar o desenvolvimento de síndromes específicas provocadas pela ingestão recente ou exposição à substância. A intoxicação crônica, por sua vez, é caracterizada pelo desenvolvimento de comportamentos mal-adaptativos com consequências fisiológicas e cognitivas que são específicas de cada substância, podendo causar dependência. O tratamento tem como objetivo o manejo da dependência, que será abordado mais adiante (QUEVEDO, 2014).

O manejo da intoxicação aguda tem os seguintes objetivos:

- Promover diminuição da exposição a estímulos externos e reorientação em ambiente seguro e monitorado;
- Averiguar quais substâncias estão sendo utilizadas, bem como a via de administração, a dose, o tempo desde o último uso e se o nível de intoxicação está aumentando ou diminuindo;

- Remover com urgência a substância do corpo (por lavagem gástrica, se a substância tiver sido ingerida recentemente, ou por aumento da taxa de excreção);
- Reverter os efeitos da substância por meio da administração de antagonistas quando disponível;
- Estabilizar os efeitos da superdosagem (medidas de suporte, como intubação, droga vasoativa, entre outras).

3.1. COCAÍNA E OUTROS ESTIMULANTES

As drogas estimulantes são usadas frequentemente em padrão episódico excessivo (binge), seguido por períodos de abstinência (QUEVEDO, 2014). O quadro clínico de intoxicação por cocaína se apresenta com manifestações simpatomiméticas ou complicações decorrentes do uso. A intoxicação aguda se manifesta com taquicardia, hipertensão e agitação. Ao exame físico, espera-se encontrar midríase, diaforese, hipertermia e taquipnéia. Os sintomas psiquiátricos incluem agitação, paranóia, mania e delírio grave. Diminuição do nível de consciência sugere um evento intracerebral, complicação sistêmica significativa ou uso concomitante de um medicamento sedativo (ZIMMERMAN, 2012).

A intoxicação costuma ser autolimitada, demandando apenas terapia de suporte clínico. Entretanto, diferentemente do que ocorre com o uso de outras substâncias, o usuário de estimulantes pode desenvolver um processo de sensibilização no qual a exposição contínua pode levar o paciente a apresentar episódios convulsivos em padrões de uso anteriormente inofensivos (QUEVEDO, 2014).

A presença de hipertensão e de convulsões, bem como taquicardia, isquemia miocárdica e delírio persecutório podem exigir tratamento específico (QUEVEDO, 2014).

Pacientes com ansiedade ou excitação psicomotora podem ser medicados com benzodiazepínicos por via oral (VO). No caso de agitação intensa, está indicado o uso de benzodiazepínicos VO, antipsicóticos pela via oral ou intramuscular (IM) e, até mesmo, a associação de ambas as classes de medicações. A utilização das vias injetáveis (intramuscular ou endovenosa) estão indicadas quando o paciente não aceitar a via oral, como quando há agitação psicomotora intensa ou heteroagressividade.

Para controle rápido de um usuário de cocaína agitado, midazolam (5 mg) administrado por via intramuscular é eficaz. Haloperidol não deve ser usado como droga de primeira linha devido ao seu potencial para reduzir o limiar convulsivo, o que pode aumentar o risco de convulsões por cocaína (ZIMMERMAN, 2012).

A ingestão de anfetaminas em doses elevadas pode exigir a lavagem gástrica com carvão ativado, desde que a intoxicação seja recente, considerando o tempo de absorção da substância, que é em torno de 30 minutos (QUEVEDO, 2014).

3.2. BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos (BZD) são medicamentos com ação depressora do Sistema Nervoso Central (SNC), com efeitos de intoxicação aguda semelhantes aos do álcool. Há risco de depressão respiratória, hipotensão e bradicardia, porém esse efeito é mais

notável quando existe intoxicação associada com outra substância. (QUEVEDO, 2014).

A intoxicação por benzodiazepínicos frequentemente causa inconsciência, mas muito raramente apresenta risco de vida, sendo a mortalidade baixa. Os sintomas podem durar vários dias devido à longa meia-vida de alguns benzodiazepínicos (até 70 horas para o diazepam). Quando parte de uma intoxicação por múltiplas drogas com outras substâncias ou etanol, o prognóstico é pior, e há vários relatos de mortes devido a intoxicações por múltiplas drogas em que os benzodiazepínicos estavam envolvidos (PENNINGA *et al.*, 2016).

O paciente pode necessitar de ventilação assistida ou de um antagonista específico, o flumazenil (QUEVEDO, 2014). O flumazenil tem a apresentação disponível em ampolas de 5mL com 0,5mg no total, ou seja, 0,1 mg/mL. Recomenda-se iniciar com a dose de 0,1 a 0,2mg, intravenoso, com administração lenta (30 segundos). Pode-se repetir a dose a cada 1 minuto até a melhora do nível de consciência, porém, com dose máxima de 2mg (MIGUEL *et al.*, 2021).

A ação da droga inicia em 1 a 2 minutos e 80% da resposta é observada nos 3 minutos iniciais. Os pacientes que apresentaram intoxicação por diversas substâncias podem precisar de doses mais altas do que o habitual ou manutenção de 1 mg/h com o intuito de preservar o nível de consciência. A falta de resposta a doses altas de flumazenil sugere fortemente intoxicação por outras substâncias e não somente por BZD (MIGUEL *et al.*, 2021).

O efeito do flumazenil é mais curto que o dos benzodiazepínicos, portanto, pode ocorrer de o efeito do antagonista terminar e o paciente ainda estar sob efeito da intoxicação. Em pacientes que fazem uso de antidepressivos tricíclicos, aminofilina ou cocaína, que envolvem o risco de convulsão, o flumazenil deve ser evitado. (QUEVEDO, 2014).

O uso de flumazenil em uma população admitida na emergência com clínica suspeita ou conhecida de intoxicação por benzodiazepínicos está associado a um risco significativamente aumentado de eventos adversos graves. Entre eles, os mais comuns foram arritmia supraventricular e convulsões (PENNINGA *et al.*, 2016). Sendo assim, as maiores preocupações são com o sistema cardiovascular e a indução de estado de mal convulsivo (MIGUEL *et al.*, 2021).

Deve-se ter cautela ao usar o flumazenil em pacientes que ingeriram hidrato de cloral, carbamazepina ou antidepressivos tricíclicos (ADT), pois pode induzir arritmias cardíacas que, em sua maioria, são rapidamente reversíveis no ambiente intrahospitalar (MIGUEL *et al.*, 2021).

Em relação a crises convulsivas, o risco é muito mais significativo, o que torna seu uso contraindicado em duas situações: (MIGUEL *et al.*, 2021).

- pacientes com diagnóstico de epilepsia;
- pacientes com intoxicação exógena por múltiplas medicações, que podem ter ingerido ADT ou outras substâncias que reduzem o limiar convulsivo.

O paciente usuário crônico de benzodiazepínico que nunca apresentou convulsão possui uma contraindicação relativa, pois o flumazenil pode causar sintomas leves de abstinência até estado de mal convulsivo. A administração lenta do medicamento deve diminuir esse risco (MIGUEL *et al.*, 2021).

Dessa forma, a finalidade diagnóstica do flumazenil é controversa. O flumazenil pode ser uma ferramenta diagnóstica útil quando aplicado em pacientes inconscientes. O uso deste medicamento pode reduzir outras intervenções diagnósticas que demandam recursos e são potencialmente prejudiciais, a ventilação mecânica, a intubação endotraqueal e a necessidade de observação em terapia intensiva. Além disso, um paciente consciente pode ser capaz de fornecer informações importantes sobre medicamentos co-ingeridos e, assim, otimizar o tratamento (PENNINGA *et al.*, 2016).

Recomendamos que o flumazenil não seja usado rotineiramente no tratamento de pacientes com intoxicação por benzodiazepínicos conhecida ou suspeita. A indicação deve ser cuidadosamente considerada em cada caso de forma individual, e todos os pacientes devem ser monitorados pelo risco de eventos adversos graves (PENNINGA *et al.*, 2016).

3.3. CANNABIS

A maconha, também conhecida como cannabis, é derivada da planta *Cannabis sativa* e é a droga ilícita mais usada (WONG, BAUM, 2019). Entre os efeitos da intoxicação aguda por cannabis, estão episódios agudos e curtos de ansiedade, que se assemelham a ataques de pânico. Esse efeito pode ocorrer tanto em uso de altas

doses, como em usuários principiantes ou quando o uso é feito em ambientes novos ou condições de estresse (QUEVEDO, 2014).

A intoxicação aguda por cannabis é um diagnóstico clínico e o tratamento consiste principalmente em cuidados de suporte, com foco nas vias aéreas, respiração e circulação, seguido pelo tratamento da sintomatologia relacionada à cannabis (WONG, BAUM, 2019).

Usualmente, os efeitos duram de 3 a 4 horas, podendo ser mais prolongados se a substância for consumida por via oral. Os efeitos comportamentais e fisiológicos dependem da dose, do método de administração e das características do usuário, tais como taxa de absorção, tolerância e sensibilidade a seus efeitos (APA, 2014).

No geral, a intoxicação inicia com a sensação de “barato”, evoluindo para euforia, com risos inadequados ou ideias de grandeza, sedação, letargia, comprometimento da memória de curto prazo, dificuldade na execução de processos mentais complexos, julgamento prejudicado, percepções sensoriais distorcidas, prejuízo no desempenho motor e sensação de lentidão do tempo (APA, 2014).

A maioria dos adolescentes e adultos que apresentam toxicidade aguda por cannabis tem intoxicação leve, com sintomas de disforia que pode ser tratada com suporte em uma sala mal iluminada e estimulação diminuída (WONG, BAUM, 2019). Para pacientes com ansiedade ou agitação acentuada, o tratamento é feito com benzodiazepínicos VO (QUEVEDO, 2014).

Outro efeito decorrente da intoxicação aguda por essa substância são sintomas psicóticos, que podem levar a um comprometimento do juízo da realidade. Nesse caso, o tratamento segue os mesmos princípios da intoxicação aguda por cocaína, podendo-se utilizar haloperidol IM se necessário para contenção (QUEVEDO, 2014).

3.4. OPIÓIDES

Os opióides incluem substâncias derivadas diretamente da papoula do ópio (como a morfina e a codeína), os opioides semissintéticos (como a heroína e a hidromorfona) e os opioides puramente sintéticos (como a metadona e o fentanil). Os opioides podem ser prescritos ou obtidos ilegalmente. As vias de administração mais comuns são oral, nasal e injeção por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea (DONROE, TETRAULT, 2017).

A intoxicação por opioides causa prejuízo no julgamento, agitação ou depressão psicomotora e constrição pupilar (DONROE, TETRAULT, 2017). De um modo geral, em níveis médios a moderados de intoxicação por opioides, não é necessário nenhum tratamento específico (QUEVEDO, 2014).

Porém, diante de um quadro de miose e bradicardia acentuadas, depressão respiratória, estupor ou coma, deve ser considerada uma superdosagem (QUEVEDO, 2014). Pacientes que não protegem suas vias aéreas, são hipoxêmicos ou hipercápnicos ou têm frequência respiratória inferior a 10 a 12 respirações por minuto devem receber ventilação com bolsa-válvula-máscara e naloxona (DONROE, TETRAULT, 2017). O paciente deve

permanecer em ambiente hospitalar por, no mínimo, 24 a 48 horas (QUEVEDO, 2014).

O uso da naloxona pode ser intravenoso ou intramuscular. Sua dose varia de acordo com o grau de dependência da substância e da extensão da depressão respiratória. Em indivíduos com rebaixamento do sensório, mas sem depressão respiratória, a dose inicial é de 0,05 a 0,4mg EV, enquanto nos casos de depressão respiratória grave, a dose é de 2mg EV, independentemente do grau de dependência. Em indivíduos sem depressão respiratória e com história de dependência de opioides, deve-se considerar doses menores de modo a evitar o estabelecimento de síndrome de abstinência (QUEVEDO, 2014).

A naloxona também pode ser administrada por via intramuscular, intranasal ou via tubo endotraqueal. Como os efeitos da naloxona duram apenas 20 a 90 minutos, a suspeita de sobredosagens envolvendo opioides de ação prolongada pode exigir infusão intravenosa (DONROE, TETRAULT, 2017).

A dose pode ser repetida a cada 3 minutos, respeitando o limite máximo de 10mg EV no total. Caso não haja reversão da depressão respiratória com essa dose, deve-se reconsiderar a hipótese de superdosagem de opioides (QUEVEDO, 2014).

A intubação orotraqueal é necessária se a via aérea for difícil de manter ou a frequência respiratória não melhorar após doses crescentes de naloxona. É importante ressaltar que os sintomas de abstinência de opióides devem ser esperados após a administração de naloxona em pacientes com dependência fisiológica de opióides (DONROE, TETRAULT, 2017).

3.5. SOLVENTES

O termo “solventes” define um amplo conjunto de substâncias cuja apresentação habitual ocorre na forma de líquidos (que podem ser macroscopicamente homogêneos, como por exemplo, gasolina ou éter, ou emulsões, combinações de líquidos imiscíveis, com mais de uma fase, como em diversos lança-perfumes artesanais), que são voláteis e, assim, de simples e eficiente inalação (BASTOS *et al.*, 2017).

O abuso de solventes orgânicos continua a ser um problema, especialmente entre os jovens carentes que usam colas e produtos químicos domésticos para obter um “barato”. Sob uma perspectiva ocupacional a exposição a solventes no local de trabalho pode progredir para o abuso em alguns trabalhadores (DICK, 2006).

De um modo geral, a intoxicação aguda por solventes, tem efeito depressor sobre o SNC. Os sintomas iniciais incluem euforia e desinibição, podendo ocorrer também tinidos, zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa. Progressivamente, pode ocorrer confusão mental, desorientação e alucinações. O tratamento é suporte clínico, sendo importante realizar monitoração cardíaca devido a ação direta dos solventes sobre o miocárdio, que pode resultar em arritmias cardíacas (QUEVEDO, 2014).

4. ABSTINÊNCIA

4.1. COCAÍNA E ANFETAMINAS

O uso de estimulantes é, na maioria das vezes, uma atividade ilícita e não cabe uma redução gradual (MIGUEL *et al.*, 2021). A abstinência de estimulantes é caracterizada pela presença de humor disfórico e pelo menos dois dos seguintes sintomas: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, aumento do apetite, retardo ou agitação psicomotora (APA, 2014). O quadro tem início em algumas horas ou dias após a diminuição ou a interrupção do uso da substância, podendo durar até 10 semanas. O tratamento farmacológico não costuma trazer benefícios (QUEVEDO, 2014).

No caso de sintomas agudos com risco de auto ou heteroagressividade, pode-se associar benzodiazepínico por curto período. Para distúrbios do sono, pode-se utilizar antidepressivos ou antipsicóticos sedativos. No caso de insônia, os benzodiazepínicos devem ser evitados pelo risco de causar dependência. Entre as medidas não-farmacológicas estão o manejo de contingências e a terapia cognitivo-comportamental (MIGUEL *et al.*, 2021).

4.2. BENZODIAZEPÍNICOS

A abstinência por benzodiazepínicos está relacionada à interrupção abrupta ou à redução do uso, com início dos sintomas entre o primeiro e o décimo primeiro dia após a retirada da medicação. Entre os fatores que contribuem para o desenvolvimento da abstinência estão o uso prolongado e em doses altas. A retirada da medicação deve ser progressiva e planejada (QUEVEDO, 2014).

O quadro clínico é caracterizado pela presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: tremor de mãos, insônia, náusea ou vômito, alucinações ou ilusões visuais, tateis ou auditivas transitórias, agitação psicomotora, ansiedade, convulsões do tipo grande mal, além de sintomas relacionados à hiperatividade autonômica, como sudorese e taquicardia (APA, 2014).

O tratamento consiste na troca de benzodiazepínicos de meia-vida curta para os de meia-vida longa, como o diazepam. (QUEVEDO, 2014). A retirada de benzodiazepínicos de meia-vida curta está associada a taxas mais altas de abandono do que a retirada de agentes de meia-vida longa. Entretanto, a mudança de uma droga de meia-vida curta para outra de meia-vida longa não está associada a melhores resultados. A redução gradual da dose é a intervenção mais estudada (SOYKA, 2017).

O tempo recomendado de retirada é entre 6 e 8 semanas, com redução da dose em 15 a 25% por semana. Além disso, deve ser feito o tratamento alternativo da condição para a qual o benzodiazepínico foi prescrito (MIGUEL *et al.*, 2021).

4.3. CANNABIS

A abstinência por cannabis ocorre após cessação do uso prolongado e pesado (normalmente uso diário ou quase diário por alguns meses) da substância. O quadro clínico é caracterizado por três ou mais dos seguintes sinais e sintomas, desenvolvidos no período aproximado de uma semana após a interrupção do uso: irritabilidade, raiva ou agressividade; nervosismo ou ansiedade; dificuldade em dormir (insônia, sonhos perturbadores); apetite reduzido ou perda de peso; inquietação; humor deprimido e

sintomas físicos, como dor abdominal, tremor, sudorese, febre, calafrios ou cefaleia (APA, 2014).

Há evidências de melhora com o uso de gabapentina (1200mg/dia) (MASON et al., 2012). Além disso, a eficácia dos análogos do THC dronabinol e nabiximóis (mais canabidiol) na redução da Síndrome de Abstinência foi demonstrada em três estudos ambulatoriais pequenos, mas bem controlados. Foram testados alguns medicamentos para a insônia provocada pela abstinência, como a mirtazapina e o zolpidem, que mostraram resultados promissores. Cabe ressaltar que o zolpidem deve ser usado com cautela pelo potencial uso indevido (BONNET, PREUSS, 2017).

4.4. OPIÓIDES

A cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opioides ou a administração de um antagonista de opioides após um período de uso da substância podem precipitar a abstinência (APA, 2014).

O quadro clínico tem início no prazo de alguns minutos a alguns dias após a interrupção da substância e é caracterizado pela presença de três ou mais dos seguintes sintomas: humor disfórico; náuseas ou vômitos; dores musculares; lacrimejamento ou rinorreia; midríase, piloereção ou sudorese; diarreia; bocejos; febre e insônia (APA, 2014).

O objetivo do tratamento é auxiliar os pacientes na transição da dependência para o tratamento de longa duração (QUEVEDO, 2014). É preconizado o uso de Metadona, que pode ser iniciada com 10mg até alcançar uma dose total de 15 a 50mg/dia

VO. O quadro costuma se estabilizar entre 24 a 48 horas do início do tratamento (CORDIOLI, 2015).

A partir de então, a dose total diária deve ser reduzida em 5mg até que se complete a retirada. Após a última dose de metadona, pode ser utilizada clonidina, numa dose de 0,3 a 1,2mg, a fim de evitar ou atenuar os sintomas noradrenérgicos que podem ser causados pela abstinência (MIGUEL *et al.*, 2021). É importante frisar que esse tratamento deve ser feito sob monitorização contínua (QUEVEDO, 2014).

5. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

De acordo com o Artigo 6º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória, aquela que é determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

Segundo a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, a internação involuntária deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável e será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde, devendo perdurar por, no máximo, 90 dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável. A família ou o

representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento (BRASIL, 2019).

De acordo com a resolução nº. 2.057/ 2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM) a internação involuntária dos pacientes na emergência psiquiátrica poderá ser indicada, se, em função de sua doença, caracterizar uma das seguintes condições:

- I. Incapacidade grave de autocuidados.
- II. Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde.
- III. Risco de autoagressão ou de heteroagressão.
- IV. Risco de prejuízo moral ou patrimonial.
- V. Risco de agressão à ordem pública.

Ainda de acordo com a resolução, o risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química (CFM, 2013).

A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo diretor técnico médico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo tal procedimento ser adotado quando da respectiva alta (CFM, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Condições psiquiátricas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas como intoxicação aguda e abstinência são

quadros comuns tanto em serviços especializados, como em hospitais gerais. Dessa forma, faz-se necessário o treinamento teórico e prático de modo a possibilitar que essas condições sejam manejadas de forma adequada a garantir a segurança do paciente, bem como evitar iatrogenias.

As melhores evidências indicam que o tratamento ideal deve ter vários tipos de abordagem, com plano de tratamento, psicoterapia, monitoramento do consumo de drogas, equipe multidisciplinar e estruturas de apoio para os problemas de ordem psicossocial (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

É importante identificar o padrão de uso para avaliar a necessidade de encaminhamento do paciente após o quadro crítico ter sido estabilizado. Deve-se oferecer encaminhamento à Unidade de Desintoxicação, Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) e Comunidades Terapêuticas, além de avaliar a necessidade de tratamento medicamentoso contínuo. É fundamental assegurar a disponibilidade do serviço para vincular o paciente e aumentar as chances de sucesso ao longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: dsm v. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2014.

BASTOS, F.I.P.M.; VASCONCELLOS, M.T.L.; DE BONI, R.B.; DOS REIS, N. B.; COUTINHO, C. F. S. (org). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro. 2017. ICICT/FIOCRUZ.

BONNET, U.; PREUSS, U.W. The cannabis withdrawal syndrome: current insights. **Subst Abuse Rehabil.** 2017 Apr 27;8:9-37. doi: 10.2147/SAR.S109576. eCollection 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28490916/>. Acesso em 11 de jan. de 2022.

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, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 12 de jan. de 2022.

BRASIL. **Lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em 12 de jan. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **RESOLUÇÃO CFM nº. 2.057 de 12 de novembro de 2013.** Modificada pela Resolução CFM nº 2.153/2016 Modificada pela Resolução CFM nº 2.165/2017 Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Brasília-DF: CFM, 2013. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>. Acesso em 12 de jan. de 2022.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2015.

DICK FD. Solvent neurotoxicity. **Occup Environ Med**. 2006;63(3):221-179. doi:10.1136/oem.2005.022400 . Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078137/>. Acesso em 12 de jan. de 2022.

DO AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A.; DE ANDRADE, A. G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol 32. Suppl II. Out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/9kKtpySCVxk4XdtLbqKhChR/?lang=pt>. Acesso em 12 de jan. de 2022.

DONROE JH, TETRAULT JM. Substance Use, Intoxication, and Withdrawal in the Critical Care Setting. **Crit Care Clin**. 2017 Jul;33(3):543-558. doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.003. Epub 2017 Apr 20. PMID: 28601134. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28601134/>. Acesso em 11 de jan. de 2022.

MASON, B.J.; CREAN, R.; GOODELL, V.; LIGHT, J.M, QUELLO, S. *et al*. A proof-of-concept randomized controlled study of gabapentin: effects on cannabis use, withdrawal and executive function deficits in cannabis-dependent adults. **Neuropsychopharmacology**. 2012 Jun;37(7):1689-98. doi: 10.1038/npp.2012.14. Epub 2012 Feb 29. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22373942/>. Acesso em 11 de jan. de 2022.

MIGUEL, E. C., LAFER, B., ELKIS, H., FORLENZA, O. V. **Clínica Psiquiátrica: volume 3 - a terapêutica psiquiátrica**. 2. ed. Barueri: Manole Ltda, 2021.

PENNINGA EI, GRAUDAL N, LADEKARL MB, JÜRGENS G. Adverse Events Associated with Flumazenil Treatment for the Management of Suspected Benzodiazepine Intoxication--A Systematic Review with Meta-Analyses of Randomised Trials. **Basic Clin Pharmacol Toxicol**. 2016 Jan;118(1):37-44. doi: 10.1111/bcpt.12434. Epub 2015 Jul 28. PMID: 26096314.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26096314/>. Acesso em 11 de jan. de 2022.

QUEVEDO, João. **Emergências Psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2014.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R (org). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2012.

SOYKA, M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. **N Engl J Med**. 2017 Mar 23;376(12):1147-1157. doi: 10.1056/NEJMra1611832. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28328330/>, Acesso em 11 de jan. de 2022.

UNITED NATIONS. **World Drug Report 2021** (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8).Disponível em: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf, Acesso em 11 de jan. de 2022.

WONG KU, BAUM CR. Acute Cannabis Toxicity. **PediatrEmergCare**. 2019 Nov;35(11):799-804. doi: 10.1097/PEC.0000000000001970. PMID: 31688799. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31688799/>, Acesso em 11 de jan. de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019**. Geneva, World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>. Acesso em 11 de jan. de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Geneva. Artmed. 1993. ISBN-139788573077247

ZIMMERMAN JL. Cocaine intoxication. **Crit Care Clin**. 2012 Oct;28(4):517-26. doi: 10.1016/j.ccc.2012.07.003. Epub 2012 Aug

30. PMID: 22998988. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22998988/>, Acesso em 11 de
jan. de 2022.

CAPÍTULO XIX

GRUPO OPERATIVO NO CUIDADO A PESSOAS TRANS: ESTRATEGIA DE EMPODERAMENTO EM SAÚDE MENTAL

DOI: 10.51859/AMPLLA.PSM303.1122-19

Gabriela Gomes Freitas Benigno¹

¹ Psicóloga em ambulatório no Hospital Professor Frota Pinto, especialista em Saúde Mental e em Saúde Coletiva pelo Centro Goiano – CGESP.

RESUMO

O grupo operativo enquanto recurso terapêutico pode contribuir na criação de um espaço institucional favorável para o aprendizado de como lidar com os desafios do processo transexualizador. Os pacientes do ambulatório relatam sofrer em seu cotidiano situações de discriminação, de maus-tratos, de violência física e simbólica, caracterizando o fenômeno da transfobia. No contexto ambulatorial de cuidado voltado para o público trans, o grupo operativo terá como tarefa a elaboração de questões acerca do processo de transição e como pré-tarefa entrar em contato com os medos e ansiedades relacionados à identidade de gênero, procedimentos relacionados ao processo de transição e afirmação de gênero, com o intuito de promover o bem-estar psíquico dos membros do grupo por meio da elaboração de questões referentes ao processo de transição. Nesta fase é possível entrar em contato com a realidade, inclusive social, referente ao processo de transição de gênero e desenvolver estratégias que favoreçam a produção de saúde mental deste público. No grupo deve-se levar em conta o que cada indivíduo traz, já que cada indivíduo, em sua unidade, é um ser histórico, além de social. Isso possibilitará a emersão de conteúdos referente a vivência da população transexual numa sociedade cis-heteronormativa. Neste sentido, a técnica de grupo operativo favorece um espaço institucional de cuidado, possibilitando a troca

de experiências em relação ao preconceito e à exclusão, ou seja, expor os impactos da transfobia em suas vidas e empoderar este público, com o propósito, de desenvolver recursos simbólicos para melhor lidar com essa realidade, impactando positivamente a saúde mental destes pacientes durante o processo de transição.

Palavras-chave: transexualidade; identidade de gênero; assistência à saúde mental.

A inspiração para elaboração deste texto veio a partir da escuta empática realizada no ambulatório especializado no cuidado com os pacientes transgêneros, situado no contexto hospitalar. Durante o acompanhamento psicológico muitos pacientes relatam as dificuldades e conflitos vividos em seu cotidiano, ligados ao seu processo de transição, expressando um sofrimento psicossocial significativo.

Nesses relatos eram comuns as descrições de situações de discriminação, de maus-tratos, de violência física e simbólica, as quais essas pessoas foram submetidas nas mais variadas circunstâncias, caracterizando o fenômeno da transfobia. Desde o constrangimento que passam por não ter o nome social respeitado na fila do posto de saúde até ir ao banheiro com receio de ser agredido. Todas essas experiências deixam marcas e fazem as pessoas trans se sentirem exaustas, fragilizadas e massacradas.

A partir dessa experiência profissional foi despertado um desejo de desenvolver um recurso que pudesse oferecer um lugar de acolhimento a esse público e criar, junto com eles, estratégias com a finalidade de enfrentar desafios no processo de transição, dentre eles, aprender a lidar com o fenômeno da transfobia

caracterizado pela violência física e simbólica voltado para o público trans.

O grupo operatório é um recurso com potencial ímpar que pode contribuir na criação de um espaço institucional favorável para o aprendizado de como lidar com os desafios do processo transexualizador, empoderando este público, com o intuito, de expandir recursos simbólicos e, assim, impactar positivamente a saúde mental destes pacientes.

De acordo com, Ivanete Câmara e Uipirangi Câmara (2012 apud Pichon Rivière, 1980) a metodologia elaborada por Pichon Rivière tem como objetivo principal facilitar o envolvimento de todos os participantes na realização de uma tarefa e, através da mesma, oferecer um ambiente oportuno à aprendizagem (CÂMARA; CÂMARA, 2012). Para Enrique Pichon Rivière a proposta de grupos operativo, fundamentada na psicologia social, concebe o homem como um ser eminentemente social e possuidor de necessidades existenciais e humanas (MENEZES, 2007, p. 08 apud MONTE SERRAT, 2001, p. 187).

Essa é uma visão sócia histórica do desenvolvimento humano que concebe o homem como dotado de funções psicológicas elementares semelhantes às de outros animais, mas que tem o potencial para se tornar humano, aprendendo a ser humano na coletividade a partir das inter-relações que estabelecem com os grupos que convivem e das apropriações que fazem da cultura já construída (MENEZES, 2007) Neste sentido, tal proposta pode ser desenvolvida com o público transexual com a tarefa de elaborar reflexões sobre processo de transição e ajuda a

desenvolver estratégias de enfrentamento dos desafios vividos pelos pacientes trans durante a transição.

Nesse sentido, tanto os indivíduos, em particular, quanto o grupo se desenvolvem mutuamente (RIVIÈRE, 1980). No grupo deve-se levar em conta o que cada indivíduo traz, já que cada indivíduo, em sua unidade, é um ser histórico, além de social. É através da interação no grupo que as necessidades e interesses individuais são compartilhados e o conhecimento é construído em prol da resolução da tarefa confiada ao grupo (MENEZES, 2007).

Ivanete Câmara e Uipirangi Câmara (2012 apud Pichon Rivièrè, 1980) destacam que o grupo operativo dividiu-se em três importantes etapas, a pré-tarefa, caracterizada por uma desorganização (confusão) das ideias dos membros do grupo. Nessa etapa, afirma Pichon Rivièrè, os medos e as ansiedades básicas não são elaborados e tratados de forma adequada, o que gera um obstáculo para a realização da tarefa (CÂMARA; CÂMARA, 2012). No processo de transição a pré-tarefa constitui entrar em contato com os medos e ansiedades relacionados à identidade de gênero, procedimentos relacionados ao processo de transição e afirmação de gênero.

Na segunda etapa, denominada de tarefa, o grupo já é capaz de elaborar as ansiedades e os medos, quebrando as barreiras geradas pelos comportamentos estereotipados e, por conseguinte, permitindo um contato ativo com a realidade (esse é o momento propício para a elaboração de estratégias e táticas para a realização da tarefa). (CÂMARA; CÂMARA, 2012). Nesta fase é possível entrar em contato com a realidade, inclusive social, referente ao processo

de transição de gênero e desenvolver estratégias que favoreçam a produção de saúde mental deste público.

Desse modo, Pichon Rivière (1980) compreende o grupo como um fenômeno em constante mutação, em um movimento que inclui sempre estruturação e reestruturação, movido pela luta de contrários, a luta da complementaridade, que nunca cessa. É o processo de aprofundamento das contradições de conhecimentos e dos desacordos que fundamenta o processo de resolução (CÂMARA; CÂMARA, 2012). No grupo operativo, método criado por Pichon Rivière, cada participante elabora o próprio saber por intermédio da experiência do outro que viabiliza trabalhar questões ligadas ao vínculo e à aceitação (SERRA, 2012).

O facilitador lança um problema para ser discutido entre os participantes do grupo, facilitando a interação entre eles e ajudando-os a operar sobre o problema. O propósito é facilitar a autonomia e o funcionamento em grupo. O processo grupal constrói a aprendizagem social por meio do pensamento dialético (SERRA, 2012). Nesse sentido, todos são protagonistas e autores de sua aprendizagem. A didática do grupo operativo baseia-se no ECRO (Esquema Conceitual Referencial e Operativo) que é único para cada sujeito e tem caráter interdisciplinar e grupal (SERRA, 2012). Partindo do princípio que cada pessoa tem uma história diferente e um esquema referencial operativo também diferente, a técnica exige, ainda, que os papéis grupais se alternem entre os sujeitos (SERRA, 2012).

Diante do que foi acima explanado, compreende-se a utilização de grupos operativos no contexto ambulatorial,

enquanto método e ferramenta potente para trabalhar questões de gênero e de identidade de gênero, possibilitando a criação de um espaço onde pacientes poderão discutir temáticas relacionadas à transfobia, diversidade de gênero e fortalecer sua autonomia, individualidade, além de desenvolver recursos subjetivos que viabilize o empoderamento desse público diante de situações de violação de direitos.

Nesse grupo todos os pacientes livremente poderão construir um aprendizado a partir das suas experiências. Nesse sentido, o psicólogo hospitalar será imprescindível para facilitar esses encontros em grupo, trabalhando as inter-relações entre os pacientes, dando liberdade para eles refletirem sobre a exclusão, preconceito e como o sistema heteronormativo modela muitos pacientes, favorecendo condutas excludentes e preconceituosas no contexto social.

O grupo operativo enquanto estratégia em saúde mental proporciona aos pacientes uma troca de experiências em relação ao preconceito e à exclusão, ou seja, expor os impactos da transfobia em suas vidas e pensarem coletivamente como essa realidade poderá ser modificada, além de aproximar os pacientes assistidos pela rede de atendimento especializado. Isso facilita o trabalho na autoestima desses indivíduos, possibilitando o empoderamento desse público no contexto hospitalar.

Isso viabilizará a desconstrução da cultura heteronormativa e a construção de um aprendizado para a diversidade de gênero e sexual. E, assim, efetivar o direito à saúde,

à Liberdade e à dignidade das pessoas trans em qualquer contexto social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CÂMARA, I. L. S; CÂMARA, U. F. S. **Dinâmicas de grupo e oficinas psicopedagógica: facilitadoras da relação de vínculo entre professor e aluno no processo de ensino e aprendizagem.** Ensaios Pedagógicos: Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades OPET, p.1-11, jul. 2012.

MENEZES, L. G. **Psicopedagogia na instituição escolar.** 43f. Monografia (FACED -Departamento de fundamentos da educação curso de especialização em psicopedagogia) Universidade Federal do Ceará, fortaleza-ce, 2007.

PICHÒN RIVIÉRE, E. **O Processo Grupal.** São Paulo: Martins Fontes. 1988.

SERRA, Dayse Carla. **Gênero Teorias e práticas da psicopedagogia institucional.** - Curitiba, PR: IESDE Brasil, 2012.

CAPÍTULO XX

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO HOSPITALAR NA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-20

Matheus de Sousa Nobre ¹
Angela Maria Alves da Costa ²
Virna Jucá Saraiva ³
Pedro Henrique Sá Costa ⁴
Jeferson Falcão do Amaral ⁵

¹ Farmacêutico - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde

² Farmacêutica - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Farmacêutica - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Farmacêutico - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Farmacêutico - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde

RESUMO

A Conciliação Medicamentosa (CM) é a análise farmacoterapêutica realizada pelos profissionais de saúde, especialmente pelo Farmacêutico Clínico, em relação ao perfil medicamentoso em curso utilizado pelo paciente. Esta análise se faz necessária, principalmente, no momento da admissão hospitalar, observando-se os medicamentos de uso contínuo; pois, estes podem interferir de forma significativa no tratamento farmacológico a ser prescrito no hospital, podendo favorecer Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), Reações Adversas a Medicamentos (RAMs) e outros problemas indesejáveis tais como: interações (medicamento / medicamento) e (medicamento / alimento). O objetivo desse trabalho foi analisar a importância do Farmacêutico Clínico Hospitalar no processo de Conciliação Medicamentosa (CM). Tratou-se de uma revisão de literatura por meio de um

estudo exploratório, transversal com abordagem qualitativa. Percebeu-se que na literatura foi possível identificar a necessidade do farmacêutico na equipe multiprofissional afim de que este contribua para a detecção de problemas relacionados a medicamentos, realizando a conciliação medicamentosa na admissão e alta hospitalar. Portanto, conclui-se que o Farmacêutico Clínico é um profissional fundamental para o desenvolvimento da CM dentro do âmbito Hospitalar.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Conciliação Medicamentosa. Segurança do Paciente.

1. INTRODUÇÃO

A Conciliação Medicamentosa (CM) é um processo que consiste na elaboração de uma lista de medicamentos utilizados pelo paciente antes da internação hospitalar, assim como na coleta de informações clínicas relevantes ao longo de seu tratamento. A lista é comparada com a prescrição médica de admissão e a farmacoterapia é analisada, devendo ser adaptadas a realidade clínica do paciente se necessário. Nesse sentido, o processo de CM em uma unidade hospitalar pode promover uma redução considerável dos riscos relacionados à terapia. A implementação do processo de conciliação de medicamentos é aconselhada por organizações internacionais de segurança do paciente, tais como a *World Health Organization* (WHO) e a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). Essas entidades vêm reconhecendo que a ausência de um plano seguro para o uso de medicamentos gera riscos evitáveis (FIGUEIRA et al., 2019).

Nas últimas décadas, a prática do Cuidado Farmacêutico tem avançado e, para respaldar essa atuação, o Conselho Federal de Farmácia publicou a Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 têm

regulamentado as atribuições clínicas deste profissional. Estas atribuições, por definição, constituem-se em direitos e responsabilidades no que concerne à sua área de atuação, bem como outras providências, que incluem as atividades e serviços clínicos. Dentre esses serviços clínicos, a CM no âmbito hospitalar (CFF, 2016).

A atuação clínica é fator fundamental para inserir o farmacêutico como membro da equipe de saúde multiprofissional. Neste contexto, a CM é ferramenta fundamental para o profissional farmacêutico na redução dos PRMs (PEREIRA, 2008; SILVA, 2011; CUNHA, 2018).

Diante do exposto sobre a necessidade do processo de CM em unidades hospitalares e a importância do profissional capacitado para o pleno exercício da função, o presente trabalho de revisão de literatura objetivou ressaltar a importância da atuação do Farmacêutico Clínico no processo de CM no âmbito hospitalar.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura por meio de um estudo exploratório, transversal com abordagem qualitativa, realizado por meio de um levantamento bibliográfico junto a uma base de dados de periódicos científicos disponibilizados na internet. A Pesquisa bibliográfica tem o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com o escrito sobre a temática da pesquisa, por meio de materiais como: artigos científicos e teses (PRADANOV; FREITAS, 2013). Diante o exposto, a presente pesquisa desejou responder a seguinte pergunta

norteadora: Qual a importância do Farmacêutico Clínico Hospitalar no processo de Conciliação Medicamentosa?

Adiante, o método para a construção da pesquisa foi o dedutivo, no qual parte do geral para o específico e foi feita uma busca em base de dados virtuais tais como: Google acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a busca bibliográfica utilizaram-se termos da língua portuguesa, utilizando-se das palavras-chave “Assistência Farmacêutica”, “Conciliação Medicamentosa” e “Segurança do Paciente”. Foram incluídos artigos publicados no período de 2008 a 2019, disponíveis online na íntegra, no idioma português e inglês, que discutiam sobre o papel do farmacêutico clínico em âmbito hospitalar e sua importância para a CM. Para análise e categorização dos artigos foi realizada uma leitura interpretativa dos que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo e realizada a análise descritiva do conteúdo de acordo com os objetivos propostos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Farmacêutico Clínico, no âmbito hospitalar, é um dos integrantes da equipe interdisciplinar, que visa contribuir para a segurança do paciente, agregando o seu conhecimento e experiência, colaborando para a qualidade do serviço assistencial bem como promovendo o cuidado na atenção à saúde. O diálogo e as decisões de uma equipe multiprofissional são fundamentais para a reconciliação medicamentosa e a redução de potenciais danos aos pacientes. Farmacêuticos, médicos e equipe de enfermagem são

indispensáveis na seleção, prescrição, administração de medicamentos, monitoramento e educação dos pacientes durante a internação hospitalar (FRIZON et al., 2014).

No que diz respeito a atuação clínica do farmacêutico no âmbito hospitalar, no contexto da equipe multidisciplinar, corresponde à atuação assistencial centrada no paciente, em que se assumem responsabilidades para assegurar que a terapia farmacológica seja conveniente, apropriada, efetiva e segura; no intuito de tratar, controlar ou prevenir doenças e a morbimortalidade associada a estas (FINATTO, 2012; LOMBARDI, et al., 2016).

Nesse prisma, pela natureza da formação especializada deste profissional relativamente aos medicamentos, o Farmacêutico pode personalizar os mais credíveis esquemas terapêuticos, com base em cada caso individual de cada doente, com o objetivo de diminuir os PRMs e RAMs intrínsecos às transições de cuidados de saúde, particularmente na alta hospitalar, estando reconhecidos como distintamente aptos à realização da CM (CUNHA, 2018).

Porém, tem sido documentado por diversos autores que a revisão da medicação pelo farmacêutico tem levado a uma redução de efeitos adversos dos fármacos e a uma melhoria na adesão à terapêutica e qualidade de vida dos doentes. A participação dos farmacêuticos foi avaliada num ambiente controlado e randomizado, onde foi demonstrado que o número de PRMs entre a medicação após a admissão hospitalar e o tratamento anterior foi

reduzido, com a participação do farmacêutico, de 44% para 19% (SILVA, 2011; CUNHA, 2018; SANTOS et al., 2019)

O Farmacêutico Clínico contribui para a detecção de problemas relacionados a medicamentos realizando a CM na admissão e alta hospitalar, bem como, analisando diariamente as prescrições durante o período de internação do paciente; o que tem impacto positivo na segurança do paciente e redução de custos para a instituição hospitalar e sistema de saúde. Dessa forma, a CM pode ser uma ferramenta utilizada pelo farmacêutico para favorecer o uso racional de medicamentos no ambiente hospitalar e geração de farmacoeconomia (FONTOURA, 2019).

A proposta da CM é evitar ou minimizar erros de transcrição, omissão, duplicidade terapêutica e interações medicamentosas. Quando PRMs são identificados, os médicos assistentes são informados e, se necessário, as prescrições são corrigidas e documentadas. Neste estudo, mesmo não tendo sido avaliada a capacidade de dano aos pacientes nas PRMs encontradas, as intervenções farmacêuticas foram amplamente aceitas (87%) pelos médicos e aplicadas. Resultados semelhantes foram observados em dois estudos, (71,1%)³⁰ e (88,7%)¹⁰ e inferiores em outros dois, (40%)²⁹ e (46%)²⁸ (FRIZON et al., 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do Farmacêutico Clínico Hospitalar na equipe multiprofissional é fundamental, uma vez que este profissional pode realizar um rigoroso histórico medicamentoso do paciente,

detectando PRMs e possibilitando, através da sua intervenção, prevenir potenciais efeitos adversos, aumentando a segurança do paciente e reduzindo os custos para as instituições. Portanto, pode-se concluir que o profissional Farmacêutico Clínico é indispensável para o pleno desenvolvimento da CM em âmbito hospitalar, promovendo e garantindo a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual/Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, p. 200, 2016.

CUNHA, S.F.R. Dissertação de Mestrado: O Papel do Farmacêutico na Reconciliação Terapêutica. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2018.

FIGUEIRA, P. H.M.; CATALDO, R.R.V.; MIRANDA, E.S. et al. (2019), “Método estruturado para a prática de conciliação medicamentosa em hospital oncológico”, *Sistemas & Gestão*, Vol. 14, No. 3, 2019.

FINATTO, R.B. Intervenção farmacêutica como indicador de qualidade da assistência hospitalar. *Rev. Bras. Farm.* 93(3): 364-370, 2012.

FONTOURA, A. importância do farmacêutico clínico na reconciliação medicamentosa em um hospital clínico. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, 2019.

FRIZON *et al.* Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, ano 3, v. 22, n. 4, p. 454-460, 25 jun. 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a03.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

LOMBARDI N.F.; MENDES, A.E.M.; LUCCHETTA, R.C.; REIS, W.C.T.; FÁVERO, M.L.D.; CORRER, C.J. Análise das discrepâncias encontradas durante a conciliação medicamentosa na admissão de

pacientes em unidades de cardiologia: um estudo descritivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016; 24:e2760.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. The evolution of pharmaceutical care and the prospect for the Brazil. Rev. Bras. Cienc. Farm. São Paulo, v.44, n.4, Oct./Dec. 2008.

PRADANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SANTOS, C.O.; LAZARETTO, F.Z.; LIMA, L.H.; AZAMBUJA, M.S.; MILLÃO, L.F. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 43, N. 121, P. 368-377, 2019.

SILVA, P.; BERNSTAM, E.; MARKOWITZ, E.; JOHNSON, T.; ZHANG, J.; HERSKOVIC, J. Automated medication reconciliation and complexity of care transitions. AMIA, Annu Symp Proc., p.1252-1260, Oct 2011.

CAPÍTULO XXI

CAMPINHO TERAPÊUTICO, QUADRA TERAPÊUTICA E CANTEIRO TERAPÊUTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-21

Maria dos Remédios Moura Campos (Ré Campos) ¹

¹ Psicóloga. Especialista em musicoterapia e terapias integrativas e complementares
- Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

Esse trabalho tem o objetivo de relatar as experiências que eu, psicóloga e musicoterapeuta, tive ao desenvolver três projetos terapêuticos no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Os mesmos surgiram após minha prática no Projeto Tintas Terapêuticas, projeto esse que consiste em tornar as unidades de internação um ambiente mais harmônico, belo e colorido através das pinturas que executamos juntamente com os pacientes em suas respectivas unidades, contribuindo para que os dias de internação transcorram de forma mais acolhedora e humanizada.

Após a conclusão das pinturas nas unidades, percebi que as unidades de internação masculina, não tinham um local adequado para os pacientes jogarem futebol. Decidi então, criar mais dois projetos no ano de 2020: Campinho Terapêutico e Quadra Terapêutica.

Deixo patente que todos os profissionais que mencionarei virão apenas referenciados com o prenome, como uma estratégia que escolhi de demonstrar o quanto a relação com todos durante o processo de desenvolvimento do mencionado projeto foi de proximidade e parceria.

Em relação ao Campinho Terapêutico, percebi que no fundo da Unidade 1 tinha um terreno cheio de mato, o primeiro passo foi conseguir alguns profissionais do serviço de higienização que capinassem o local que não estava sendo utilizado. Conversei com o Joscelio Almeida chefe do Setor de Higienização e ele liberou dois colaboradores que trabalhavam em dias alternados: Sandro e Antônio. De enxada nas mãos, força nos braços e boa vontade, o Campinho Terapêutico começou a ganhar forma. Alguns pacientes também auxiliavam os profissionais, recolhendo capins, colocando-os em sacos, no final da tarde, quando o sol estava ameno. O próximo passo seria providenciar as traves. Como faríamos as traves?

Resolvi pegar duas cabeceiras de camas quebradas e pedi para o Sr. Inácio, que trabalha na Marcenaria do HSM, serrar as grades e retirar as barras de alumínio em excesso que ficavam cruzando os canos laterais. Assim as cabeceiras de camas não utilizadas se transformaram em traves. Mais uma vez a arte vem nos dar uma lição: de que podemos criar e transformar objetos em desuso em peças úteis e terapêuticas.

Conseguimos doação de camisas, bola, shorts e meiões do time do Ceará através da generosidade do Dr. Carlos Celso Serra Azul (Diretor Técnico do HSM). A inauguração do campinho foi bem

animada, o árbitro da partida foi Danilo Montenegro, psicólogo da Unidade 1, os times foram formados por pacientes que nomearam: Ceará e Flamengo. O placar foi 3 para o Ceará e 3 para o time do Flamengo. Tivemos distribuição de pipocas ao final do jogo, tiramos fotos e comemoramos com música.



Os pacientes gostam de jogar, conforme dizem, “bater um racha” com frequência ao final da tarde. O campo é pequeno, mas dá para os pacientes aliviarem a tensão, se desestressarem e se socializarem.

Três meses após a conclusão do Campinho Terapêutico na Unidade 1, fomos para a Unidade de Internação Masculina 4 para construir a Quadra Terapêutica.

Na Unidade de Internação IV tinha um pequeno terraço de cimento com muitos buracos e bastante danificado. Fui ao Setor de Manutenção verificar se tinha o material necessário: cimento, tijolos e areia. No instante de minha procura, não havia tais materiais o que foi providenciado na semana seguinte.

Para a construção do Projeto Quadra Terapêutica, contei com o auxílio dos pacientes da mencionada unidade, Jucelio, funcionário que trabalha como jardineiro do hospital e do Sr. Valdemar, pedreiro do HSM. Foi necessário aumentar o espaço a princípio destinado para este fim com tijolos e cimento, para que a quadra não ficasse tão pequena. Os pacientes ajudavam de diversas maneiras: peneirando a areia, descarregando os tijolos do carrinho de mão etc.



Após a construção da Quadra Terapêutica, o próximo passo foi fazer a demarcação. Os pacientes demarcaram as linhas laterais de branco, enquanto que as pequenas áreas das traves e o centro da quadra foram pintados de vermelho. Em relação às traves, adotamos o mesmo procedimento do Campinho Terapêutico da Unidade 1: cabeceiras das camas quebradas foram reutilizadas, as traves são móveis e somente colocadas na hora do jogo. Após o término da atividade terapêutica são guardadas.

Em 2021 elaborei e coloquei em prática meu quarto projeto terapêutico: Canteiro Terapêutico.

O contato com a natureza nos torna mais receptivos ao diálogo. A beleza das flores tranquiliza nossa alma e o cuidar da terra, o regar as flores é uma tarefa prazerosa que pode e contribui com a saúde mental de todos. Então fizemos um canteiro grande em formato de estrela e plantamos flores junto com os pacientes Cecílias de diversas cores.

Para fazer o canteiro, consegui os tijolos com Sr. Valdemar e três pacientes com um carrinho de mão foram comigo buscar o material, em seguida conseguimos 2 (dois) sacos de cimento com Leandro do setor de Manutenção. A areia já estava em quantidade suficiente na Unidade. Conversei com Tobias Artur, técnico em enfermagem e o mesmo que já tinha experiência com serviços de pedreiro se disponibilizou a construir o canteiro, em seguida Adriano Rios também técnico em enfermagem colaborava eventualmente separando areia, misturando-a com o cimento e rebocando as laterais. Alguns pacientes sentavam ao redor da estrela observando os profissionais trabalhando, outros ajudavam

colocando água pra fazer a massa. Após a conclusão do Canteiro o passo seguinte foi pintar as seis pontas da estrela. Os pacientes pintaram cada ponta da estrela de uma cor: branca, azul, verde, violeta, vermelha e amarela. O terceiro passo foi à colocação de adubo no canteiro para posteriormente serem plantadas as flores.

De início, plantamos muitas sementes de girassóis, mas estas não vingaram no terreno árido e optamos por plantar Cecílias. Cada paciente cavava três buracos na terra com uma pazinha de jardim, depositava as sementes, mais um pouco de adubo e em seguida regava o terreno. Atualmente as Cecílias estão grandes e exuberantes nas cores laranja, vinho, vermelho, rosa e amarela. As flores cresceram bastante, estão enfeitando, trazendo beleza, tranquilidade e um pouco de ar puro para a Unidade de Internação Masculina I. Quem está cuidando do Canteiro Terapêutico são os pacientes. São eles que regam todos os dias as flores, tiram os capins que crescem próximo e ficam sentados ao redor das mesmas contemplando-as.

O Canteiro Terapêutico nos faz refletir o quanto precisamos nos reaproximar da natureza e da simplicidade das flores para nos reconectarmos com nossa essência que é espiritual e divina. As árvores, os campos e os quintais nos ensinam lições inadiáveis: precisamos de mais empatia, generosidade, alteridade, afetividade, doçura e coragem. Precisamos trilhar o território do bem com ações aqui e agora! Somos todos aprendizes do amor universal nos tracejados de nossa existência! Minha nave espacial está estacionada no heliporto da Unidade 1 aguardando vocês, para juntos construirmos novos projetos terapêuticos para o H.S.M.

Por fim, não poderia deixar de expressar minha gratidão à Psicóloga Yzy Câmara pelo incentivo e colaboração em minha jornada, pelos paralelepípedos e flores na saúde mental.



“Que a arte continue nos convidando para dançar, nas bordas e nos oceanos de nós mesmos!”.

(Ré Campos)

CAPÍTULO XXII

ATENDIMENTO A PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS A ÁLCOOL NA SALA DE PRONTO ATENDIMENTO

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-22

Giselle Castro de Abreu ¹
Valéria Portela Lima ²
Samuel Vieira Pinho Neto ³
Lisiane Cysne Rego ⁴

¹ Médica - Residente em Psiquiatria – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Médica - Residente em Psiquiatria – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Médico - Residente em Psiquiatria – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Médica psiquiatra - Preceptora da Residência em Psiquiatria – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

RESUMO

Emergências relacionadas ao uso do álcool são comuns em salas de pronto atendimento (PA), de forma geral. Além dos efeitos psicotrópicos dessa substância, é importante considerar sua propensão a danos a órgãos e sistemas, devido à toxicidade aguda e as alterações fisiológicas associadas ao seu uso crônico. Deve-se ainda considerar que o álcool está associado a grande parte dos casos de violência, lesões e mortes por causas externas.

No entanto, ainda existem muitas situações em que os pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool não são atendidos de forma adequada no PA. Restrições importantes na capacitação e treinamento das equipes de emergência explica em grande parte essas situações. Desse modo, o objetivo desse capítulo é elucidar o quadro clínico e a propedêutica adequada para um melhor atendimento a indivíduos com demanda de cuidados em

PA, de forma que se possa diminuir os índices de complicações e mortalidade, devido ao uso de álcool.

1. INTRODUÇÃO

O uso nocivo de álcool, segundo a OMS, é aquele com consequências sociais e de saúde - seja para o consumidor, para as pessoas próximas a ele ou para a sociedade em geral - ou quando o padrão de uso está associado a maior risco de danos à saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que Cerca de 5% da carga mundial de doenças e lesões são atribuídas ao consumo de álcool, em termos de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade - DALY (OPAS 2020). O consumo de álcool foi exclusivamente responsável por cerca de 85 mil mortes por ano, durante o período de 2013 a 2015 nas Américas, onde o consumo per capita é 25% superior à média global. Além disso, o álcool foi considerado um fator que contribuiu para mais de 300 mil mortes (5,5% do total) anuais no continente americano (OPAS 2021).

O álcool é uma droga potente que causa alterações tanto agudas quanto crônicas em quase todos os sistemas neuroquímicos. O consumo agudo de álcool causa uma depressão do sistema nervoso central (SNC) como resultado do aumento da atividade gabaérgica, e diminuição da atividade glutamatérgica, enquanto o consumo crônico leva a adaptação, com maior equilíbrio entre os diferentes neurotransmissores (GABA, glutamato e norepinefrina), resultando no fenômeno de tolerância ao álcool. A redução abrupta ou cessação da ingesta do álcool leva à diminuição dos níveis de etanol no sangue, resultando em

redução da atividade GABAérgica e aumento da atividade glutamatérgica. Este desequilíbrio causa hiperexcitabilidade neuronal levando a sintomas de síndrome de abstinência, que incluem complicações neuropsiquiátricas, como *Delirium tremens* (DT) e convulsões, como consequência da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (ATTILIA et al., 2018).

Além das lesões por causas externas, o álcool também está relacionado a uma variedade de doenças, incluindo hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, doenças relacionadas ao fígado e ao estômago, câncer de mama e de esôfago. Também está associado a manifestações psiquiátricas, especialmente tentativas de suicídio. Tal observação deve levar os profissionais de saúde a pesquisar sistematicamente problemas relacionados ao uso de álcool na sala de pronto atendimento e implementar assistência adequada (AMARAL et al., 2010).

2. INTOXICAÇÃO AGUDA POR ALCÓOL

A apresentação clínica da intoxicação pelo álcool é bastante variada, dependendo principalmente do nível de álcool no sangue (alcoolemia) e do nível de tolerância previamente desenvolvido pelo paciente. Outros fatores como o estado alimentar, a velocidade da ingestão do álcool e alguns fatores ambientais também podem ter papel relevante (AMARAL et al., 2010).

A partir de alcoolemias entre 20mg% e 80mg% (aproximadamente duas a quatro doses), ocorrem perda da coordenação muscular, alterações do afeto e do comportamento e

inicia-se o aumento na atividade motora. Em níveis de 80 a 200 mg%, surgem alterações neurológicas e cognitivas progressivas. Em alcoolemias entre 200 e 300mg%, a ocorrência de náuseas e vômitos concomitantemente à sedação aumenta o risco de aspiração do conteúdo gástrico. Já em níveis superiores a 300 mg%, hipotermia e rebaixamento do nível de consciência são frequentes, exceto em pessoas mais tolerantes. Assim, recomenda-se cuidados de suporte à vida, com monitoramento do paciente em ambiente calmo e seguro, com atenção à manutenção dos sinais vitais estáveis e das vias aéreas livres, ao controle de hipotermia, hipovolemia, hipoglicemia e deficiência de tiamina (AMARAL et al., 2010; JUNG; NAMKOONG, 2014). Embora existam exceções, alcoolemias entre 600 e 800mg% costumam ser fatais (AMARAL et al., 2010).

O tratamento de um paciente intoxicado com álcool envolve cuidados de suporte e sintomáticos. O manejo começa com a avaliação e medidas para preservação das vias aéreas pérvias e da função cardíaca e respiratória. Os passos imediatos incluem uma avaliação completa do estado clínico do paciente, incluindo histórico de consumo de álcool ou outras possíveis substâncias que possam interferir no quadro clínico.

A absorção do álcool através da mucosa intestinal é rápida e começa dentro de 10 minutos, o que torna a lavagem gástrica de valor limitado (JUNG; NAMKOONG, 2014). Além disso, o álcool não é adsorvido pelo carvão ativado, portanto, não se justifica sua indicação no tratamento da intoxicação alcoólica (AMARAL et al., 2010). Prevenção de aspiração é obrigatória, assim, a colocação do

paciente em decúbito lateral pode ser útil (JUNG; NAMKOONG, 2014). Somente em casos de desidratação, é que se recomenda a reposição volêmica com fluidos, como soro fisiológico ou ringer intravenoso (IV). A terapia parenteral com tiamina é recomendada, pois a desnutrição e o álcool podem prejudicar a absorção intestinal dessa vitamina. Quanto à reposição de glicose, indica-se apenas em casos de hipoglicemia, contanto que se faça previamente a administração de tiamina para controle do risco de precipitação de síndrome de Wernicke (QUEVEDO et al., 2014). A hiponatremia deve ser tratada com cuidado, pois a correção rápida pode induzir mielinólise pontina (JUNG; NAMKOONG, 2014).

Drogas antieméticas podem ser úteis em pacientes com náuseas e vômitos. Fala arrastada, ataxia, estado mental alterado e outros sinais neurológicos de intoxicação alcoólica pode mimetizar ou mascarar uma comorbidade, o que justifica avaliações repetidas do estado mental e dos sinais neurológicos. Deve ser feita a investigação acerca do uso de outras drogas, comorbidades ou de fatores concomitantes que possam contribuir para a instabilidade do paciente (JUNG; NAMKOONG, 2014).

Indivíduos dependentes de álcool tendem a apresentar outras comorbidades clínicas e psiquiátricas, sendo necessário realizar uma avaliação clínica cuidadosa, atentando-se para os principais diagnósticos diferenciais, como Hiponatremia, Encefalopatia Hepática, Pneumonia, Encefalite, Traumatismo Craniano, entre outros. Dessa forma, faz-se necessária a realização de exames complementares, como hemograma, dosagem de eletrólitos, função renal, função hepática, eletrocardiograma, entre

outros, como forma de confirmar ou descartar outras condições que podem estar associadas (AMARAL et al., 2010; ATTILIA et al., 2018).

Não há antídoto para a intoxicação alcoólica. Além disso, não há tratamento estabelecido eficaz para prevenir ou tratar o torpor ou a ressaca (JUNG; NAMKOONG, 2014). Recomenda-se tratar a agitação psicomotora do paciente intoxicado por álcool com abordagens interpessoais e técnicas de contenção verbal e acolhimento, pois medicações adicionais, podem interferir na eliminação do álcool do organismo. No entanto, se a agitação conferir riscos ao paciente e a membros da equipe, o uso de benzodiazepínicos ou de antipsicóticos em baixas doses pode ser necessário (AMARAL et al., 2010).

3. ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

De acordo com o DSM-5, o diagnóstico de síndrome de abstinência do álcool (SAA) é estabelecido quando os pacientes apresentam pelo menos dois dos seguintes sintomas: tremores, sudorese, taquicardia, insônia, náuseas ou vômitos, ilusões, alucinações transitórias (auditivas, visuais ou táteis), agitação psicomotora, ansiedade ou convulsões. Tais sintomas podem variar em gravidade e são manifestações da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (SCHMIDT et al., 2016; ATTILIA et al., 2018). Os sintomas da SAA geralmente se iniciam dentro de 6 a 24 horas após a interrupção ou a diminuição do uso de álcool (ATTILIA et al., 2018). A intensidade da SAA atinge seu pico no segundo dia e termina em quatro a cinco dias.

A escala CIWA-Ar (Clinical Withdrawal Assessment Revised), ao avaliar a gravidade dos sintomas de forma objetiva, permite escolher o tratamento mais adequado (MIGUEL, 2021). Essa escala também permite a avaliação da eficácia da terapia administrada (ATTILIA et al., 2018). É composta por dez itens, cuja pontuação final classifica o quadro em leve (0-9 pontos), moderado (10-18 pontos) e grave (>18 pontos) (LARANJEIRA et al., 2019).

O paciente com SAA que apresentar leve agitação psicomotora, tremores finos de extremidades, sudorese discreta, cefaleia, náuseas sem vômitos, ansiedade leve, sensopercepção inalterada e estiver orientado em tempo e espaço, com juízo crítico preservados, sem episódios de auto ou heteroagressividade, deve ser considerado em SAA leve. Deve-se considerar se o paciente conta com rede social de apoio para tratamento para indicar tratamento ambulatorial nesses casos (LARANJEIRA et al., 2019). O paciente poderá ficar em dieta livre, desde que permaneça alerta, com atenção especial à hidratação e reposição de vitamina.

Já o paciente com SAA moderada pode apresentar agitação psicomotora, agressividade, tremores grosseiros e generalizados, sudorese profusa, cefaleia, náuseas com vômitos, desorientação, alterações do pensamento e do juízo crítico (LARANJEIRA et al., 2019). O aparecimento de convulsões, alucinações auditivas, visuais ou táteis e *Delirium tremens* caracteriza a SAA como grave (QUEVEDO et al., 2014) e um diagnóstico em tempo hábil e a instituição de tratamento adequado são essenciais, uma vez que a SAA representa uma das principais causas previsíveis de mortalidade e morbidade em pessoas com transtorno por uso de

álcool (AMATO; MINOZZI; DAVOLI, 2011; ATTILIA et al., 2018). Nesses casos, recomenda-se tratamento em hospital geral, com suporte clínico adequado. O paciente pode se alimentar com dieta branda, mas se apresentar confusão mental, deve permanecer em dieta zero, para evitar broncoaspiração, com especial atenção ao aporte de fluidos, glicose, eletrólitos e vitaminas (LARANJEIRA et al., 2019).

Cerca de 3% dos pacientes com SAA grave podem evoluir para o *Delirium tremens* (DT), após 72 horas da última dose de álcool ingerida. O DT pode durar de dois a dez dias e é caracterizado por alteração do nível de consciência, despersonalização, humor disfórico, oscilando entre apatia e agitação intensa, podendo chegar à agressividade (AMARAL et al., 2010).

Convulsões podem ocorrer após 6-48 horas da última ingestão de álcool. Na maioria dos casos, ocorrem convulsões tônico-clônicas, que costumam ser autolimitadas, embora alguns casos possam evoluir para estado de mal epiléptico. O risco de desenvolver convulsões aumenta no caso de convulsões em episódios de SAA prévios, fatores de risco concomitantes para o desenvolvimento de crises convulsivas (lesões cerebrais e consumo simultâneo de outras drogas psicotrópicas, por exemplo), resultando em aumento do risco de mortalidade (ATTILIA et al., 2018).

A morte segue-se à hipertermia, distúrbios do ritmo cardíaco e convulsões. Os fatores preditivos de mortalidade são: pontuação CIWA-Ar > 15, hipertensão arterial, taquicardia, episódio de convulsão recente, SAA anterior e distúrbios clínicos

concomitantes -principalmente hipocalcemia, hipomagnesemia, trombocitopenia, doenças respiratórias, cardiovasculares e gastrointestinais -. A mortalidade é de cerca de 1-8% entre os pacientes hospitalizados (ATTILIA et al., 2018).

3.1. RECOMENDAÇÕES PARA TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NA SAA

Em relação ao tratamento farmacológico na SAA, os benzodiazepínicos representam o padrão-ouro e são o cerne do tratamento de qualquer manifestação clínica de SAA, por serem eficazes para evitar complicações, resultando em uma diminuição da incidência de convulsões, DT e mortalidade. A eficácia dos benzodiazepínicos decorre de sua ação sobre os receptores GABA-A cuja função é consideravelmente abolida nos casos de interrupção abrupta do álcool (AMATO; MINOZZI; DAVOLI, 2011; SCHMIDTR et al., 2016; ATTILIA et al., 2018).

A evidência científica atual sugere uma maior eficácia do benzodiazepínicos de ação prolongada, em particular do diazepam. Em circunstâncias de insuficiência hepática, benzodiazepínicos de ação curta devem ser usados a fim de evitar sedação excessiva e depressão respiratória. Neste caso, o lorazepam pode ser mais seguro, uma vez que não sofre metabolismo hepático. A escolha da via correta está relacionada, sobretudo, à gravidade clínica. Em casos moderados e graves, a administração intravenosa é recomendada, enquanto a oral é adequada para casos leves (ATTILIA et al., 2018). Quando a administração intramuscular é a única opção possível e se faz necessário controle rápido dos sintomas, não se indica o uso de diazepam, pois sua lipofilicidade

pode resultar em absorção lenta ou errática. Assim, o midazolam pode ser usado nesses casos (Weintraub, 2017).

Quando se tem uma pontuação maior que 10 pontos na escala CIWA-Ar, deve-se iniciar o uso de benzodiazepínico para tratamento do quadro e prevenção de complicações, principalmente em pacientes com fatores de risco simultâneos (ATTILIA et al., 2018).

Os sintomas devem ser avaliados pelo menos a cada hora para ajuste das doses administradas. A reavaliação pode ser guiada pela pontuação obtida a partir da aplicação da escala, estando o paciente em sala de observação sob monitorização (MIGUEL, 2021). O tratamento conforme a apresentação de sintomas mostrou uma redução na quantidade de benzodiazepínicos usados e na duração do tratamento, principalmente em pacientes com baixo risco de desenvolver SAA com complicações. É uma abordagem mais gerenciável, em particular para pacientes ambulatoriais (ATTILIA et al., 2018).

Pode-se considerar a aplicação de dose fixa de benzodiazepínicos em casos de alto risco no desenvolvimento de SAA grave ou episódios de convulsão ou DT anteriores. O monitoramento por 24 horas das condições clínicas é recomendado para evitar sedação exagerada ou depressão respiratória (ATTILIA et al., 2018).

Quando houver indicação de uso de benzodiazepínicos em casos leve a moderados, pode-se fazer diazepam 10 mg VO, 2 vezes ao dia, ou lorazepam 2mg VO, 2 vezes ao dia, com retirada gradual ao longo de 1 semana. Para casos de SAA grave, recomenda-se 10 a

20 mg de Diazepam VO a cada hora (máximo de 60 mg/dia), ou lorazepam 2 a 4 mg VO a cada hora (máximo de 12 mg/dia). Se não for possível a administração VO, fazer EV sob técnica adequada de aplicação (no máximo 10mg de diazepam durante 4 minutos, sem diluição), com atenção à disposição de recursos para manejo de eventual parada respiratória (SCHMIDTR et al., 2016; LARANJEIRA et al., 2019; WOLF et al., 2020; MIGUEL, 2021).

Pode-se considerar a administração de outros medicamentos em combinação com benzodiazepínicos, se necessário, como alfa 2-agonistas, beta-bloqueadores e drogas neurolépticas. Porém, essas drogas podem mascarar sintomas da SAA, e não estão indicadas como monoterapia (SCHMIDTR et al., 2016; ATTILIA et al., 2018; WOLF et al., 2020).

3.2. REPOSIÇÃO DE TIAMINA

O uso crônico de álcool pode estar relacionado a síndromes disabsortivas, carenciais e à síndrome de Wernick-Korsakoff (QUEVEDO et al., 2014). A carência de tiamina causa um comprometimento da condução de nervos periféricos e no sistema nervoso central, resultando em neuropatia periférica e encefalopatia (ATTILIA et al., 2018).

A síndrome de Wernick é uma tríade de alterações neurológicas composta por ataxia, confusão mental e anormalidades da movimentação ocular extrínseca - nistagmo - e apenas uma pequena fração de casos é identificada antes da morte. Com o tratamento inadequado, ou na ausência de tratamento, a síndrome de Wernick pode evoluir para uma condição de dano

cerebral irreversível, a síndrome de Korsakoff (AMARAL et al., 2010).

A reposição de tiamina deve ser realizada nos casos de SAA, visto que posterga os prejuízos da síndrome de Wernick-Korsakoff, resultando em melhora relativa dos quadros de demência e complicações nutricionais (LARANJEIRA et al., 2019). O uso da tiamina deve ser feito antes da administração de glicose (que será necessária em casos de hipoglicemia), uma vez que a glicose causa a depleção de tiamina e se for administrada isoladamente pode precipitar o agravamento do quadro de encefalopatia em pacientes com carência de tiamina (AMARAL et al., 2010; LATT; DORE, 2014).

A tiamina é tipicamente administrada por via intramuscular ou intravenosa, três vezes por dia, devido a sua meia-vida curta (96 min ou menos), por 5 dias seguidos. Não há atualmente nenhuma evidência para determinar doses precisas de tiamina na prevenção ou tratamento da encefalopatia de Wernicke-Korsakoff. Alguns estudos recomendam que, embora a necessidade diária de tiamina seja de apenas 1-2 mg, a dose inicial de tiamina seja alta e realizada de forma parenteral para permitir a difusão dessa vitamina através da barreira hematoencefálica, prevenir o dano cerebral irreversível, melhorar alterações clínicas e prevenir a morte (LATT; DORE, 2014; DERVAUX; LAQUEILLE, 2017).

Para pacientes etilistas crônicos e mal nutridos, recomenda-se reposição de tiamina 300 mg na forma parenteral (1 ampola 3 vezes ao dia IM, ou EV diluída em 100 ml de solução salina com infusão por 30 minutos) nos primeiros 3 a 5 dias, seguido de

300 mg por via oral por várias semanas (LATT; DORE, 2014; QUEVEDO et al., 2014; DERVAUX; LAQUEILLE, 2017; ATTILIA et al., 2018; LARANJEIRA et al., 2019)

Em casos de diagnóstico de síndrome de Wernick-Korsakoff, indica-se doses de tiamina de 500mg, IV diluída, três vezes por dia, durante três a cinco dias, depois 250 a 300 mg por dia durante 4 a 14 dias (QUEVEDO et al., 2014; DERVAUX; LAQUEILLE, 2017). Pode-se manter o uso de 300mg/dia VO até 12 meses, embora a reversão do quadro seja rara (LARANJEIRA et al., 2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Idealmente, qualquer admissão na sala de emergência por problemas relacionados ao álcool (uso nocivo, abuso ou transtorno de uso de álcool) deve ser considerado problema de risco à saúde e o paciente deve ser avaliado por equipe capacitada (BROUSSE et al., 2018). Muitos pacientes enfrentam barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde ou não recebem os cuidados adequados em situações críticas. Além de complicações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, muitas vezes há situações adicionais de precariedade de inserção social, profissional e familiar do paciente que faz uso nocivo de álcool. A complexidade dessas situações requer intervenção multiprofissional com o objetivo de oferecer um cuidado abrangente e multidisciplinar, com base em uma parceria intra e extra-hospitalar, possibilitando encaminhamento e acesso à rede de assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A.G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.32, s.2, p. S104-S111, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMATO L, MINOZZI S, DAVOLI M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, V. 6, 2011.

ATTILIA, Fabio *et al.* Alcohol withdrawal syndrome: diagnostic and therapeutic methods. **Rivista di Psichiatria**, v. 3, n. 53, p. 118-122, 1 maio 2018.

BROUSSE, Georges; GENESTE-SAELENS, Julie; CABE, Julien; COTTENCIN, Olivier. Alcool et urgences [Alcohol and emergencies]. **La Presse Médicale**, Paris, France, v. 7-81, n. 47, p. 667-676, jul. 2018.

DERVAUX, A; LAQUEILLE, X. Le traitement par thiamine (vitamine B1) dans l'alcoolodépendance. **Presse Medicale**, Paris, France, v. 2, n. 46, p. 165-171, mar. 2017.

JUNG, Young-Chul; NAMKOONG, Kee. Alcohol: intoxication and poisoning: diagnosis and treatment. In: SULLIVAN, E.V.; PFEFFERBAUM, A. **Handbook of Clinical Neurology**: alcohol and the nervous system. 125. ed. Seoul: Elsevier B.V., 2014. Cap. 7. p. 115-121. (3).

LATT, N; DORE, G. Thiamine in the treatment of Wernicke encephalopathy in patients with alcohol use disorders. **Internal Medicine Journal**, v. 9, n. 44, p. 911-915, 17 jun. 2014.

MIGUEL, Euripedes Constantino. **Clínica Psiquiátrica**: volume 3 - a terapêutica psiquiátrica. 2. ed. Barueri: Manole Ltda, 2021.
OPAS/OMS. **Álcool**. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>. Acesso em: 27 dez. 2021.

OPAS/OMS. **Cerca de 85 mil mortes a cada ano são 100% atribuídas ao consumo de álcool nas Américas, constata estudo da OPAS/OMS**. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/noticias/12-4-2021-cerca-85-mil-mortes-cada-ano-sao-100-atribuidas-ao-consumo-alcool-nas-americas>. Acesso em: 27 dez. 2021.

SCHMIDTR, Kyle J; DOSHI, Mitesh R; HOLZHAUSEN, Jenna M; NATAVIO, Allycia; CADIZ, Megan; WINEGARDNER, Jim e. Treatment of Severe Alcohol Withdrawal. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 5, n. 50, p. 389-401, 9 fev. 2016.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. **Emergências Psiquiátricas**. 3 ed. Artmed, 2014.

WEINTRAUB, Steven J. Diazepam in the Treatment of Moderate to Severe Alcohol Withdrawal. **Cns Drugs**, v. 2, n. 31, p. 87-95, fev. 2017.

WOLF, Chelsea; CURRY, Ashley; NACHT, Jacob; A SIMPSON,. Management of Alcohol Withdrawal in the Emergency Department: Current Perspectives. **Open Access Emergency Medicine**, n. 12, p. 53-65, 19 mar. 2020.

CAPÍTULO XXIII

ORIENTAÇÃO EM SERVIÇO E O PERCURSO FORMATIVO EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

DOI: 10.51859/AMPLA.PSM303.1122-23

Francisco Brenno Soares Cavalcante¹
Ana Lysia Mouta da Silva²

¹ Assistente Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE)

² Assistente Social. Especialista em Saúde Mental pelo Programa Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

Relato de experiência de caráter descritivo-exploratório que consiste na discussão do papel do orientador de serviço e a socialização da proposta do percurso formativo em curso pela equipe de residentes multiprofissionais do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) no Hospital Psiquiátrico. A experiência tem como marco temporal início em novembro/2021 até o presente momento. Assim, desenvolve o raciocínio na descrição e na referida importância dos setores que compõem o percurso formativo (NAC, Emergência e Unidade de Internação) comprovando que a) o Hospital Psiquiátrico consiste em um ambiente fecundo para explorar habilidades e invenções nas práticas de saúde no processo de ensino-aprendizagem; b) atuação dos profissionais na saúde mental perpassa por variadas linhas de cuidado; c) conflui para a compreensão de que espaços e experiências de ensino-aprendizagem em serviço fortalecem os aparatos normativos consolidados de "Formação de Recursos Humanos"; d) que a formação dos trabalhadores do SUS resgata os princípios históricos da Reforma Psiquiátrica. Ao final, apresenta que muito ainda se tem a caminhar nas formulações do debate.

1. INTRODUÇÃO

Dentre as conquistas da Reforma Psiquiátrica que resistem ainda nos dias de hoje está a pauta na defesa pela “Formação de Recursos Humanos”¹ onde muitas alternativas do processo de ensino-aprendizagem em serviço merecem destaque para enriquecer o debate. Exemplifica-se aqui os PET - Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde), VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Serviço Único de Saúde), os projetos de extensão universitária e os Programas de Residências Uniprofissionais e Multiprofissionais como espaços que fortalecem e respondem tanto aos anseios históricos da Reforma Psiquiátrica quanto do efetivo comprometimento da construção de uma formação profissional comprometida com a realidade.

Além disso, a presença de um vasto arsenal normativo expresso na Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) pelo Título IV - Dos Recursos Humanos, na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na Lei 11.129/2005 onde institui a Residência em Área Profissional em Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e no decreto 7.082/2010 que institui o REHUF (Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais) respalda a

¹ Amarante (1995) descreve que a defesa pela Formação de recursos humanos esteve inserida como alguns “pontos-chave” das primeiras reivindicações e denúncias que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTST) inseriu em suas pautas políticas expressas em abaixo-assinados, cartas-abertas, cartas a autoridades de saúde e notas públicas contra o modelo manicomial no ano de 1978.

centralidade que a formação tem nos serviços de saúde no cenário nacional.

Nesse sentido, discorreremos acerca do papel da orientação em serviço e do percurso formativo que a equipe de residentes multiprofissionais do Programa de Residência Integrado em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) explora em um Hospital Psiquiátrico de Fortaleza-CE. Com isso, objetiva-se fornecer subsídios concretos para a qualificação dos espaços formativos dos trabalhadores do SUS. Tal objeto de debate traz significativa contribuição devido a presente lacuna nas produções acerca da preceptoria/orientação em serviço nos programas de residência em Saúde Mental (Onoko-Campos, Emerich, Ricci, 2019).

Assim, a importância dessa discussão se insere também como resposta às demandas a nível ministerial apresentadas na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS) no eixo 8 - Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Por isso, longe de esgotar nas reflexões que traremos, o referido relato consiste em um disparador para futuras elucubrações de agentes diversos que compõem o campo da saúde mental na perspectiva da defesa pela Reforma Psiquiátrica.

2. MARCO TEÓRICO DO RELATO

Já existe a consolidada presença da residência médica no Hospital Psiquiátrico, no entanto, muito ainda se tem a caminhar no âmbito da residência multiprofissional para que se explore habilidades e práticas profissionais propulsoras para inovações

nos processos de trabalho do cotidiano da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Dentre as inovações que se apresentam para os trabalhadores da saúde mental está a atribuição de orientador de serviço definida pela portaria 1.111/2005 como

(...) função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de instrutoria, devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário (BRASIL, 2005).

Em outras palavras, o orientador de serviço assume um caráter eminentemente pedagógico dentro dos espaços de atuação em que se operacionaliza o SUS, o que o torna um agente indispensável na formação dos profissionais por ser a mediação entre os residentes e os serviços/equipamentos já instaurados, relacionando a teoria com os cenários de práticas profissional.

A orientação em serviço no Hospital Psiquiátrico iniciou-se em Novembro de 2021, em uma articulação com a Escola de Saúde Pública do Ceará. Esse novo espaço de atuação para as residências multiprofissionais em saúde abrange os componentes

comunitários da Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva.

A proposta de inserção dos residentes no hospital psiquiátrico em questão perpassa diversos espaços de atuação com o intuito de possibilitar o conhecimento e intervenção estruturada em três setores, sendo estes o Núcleo de Atendimento ao Cliente - NAC, Emergência Psiquiátrica, Unidade de Internação II.

O Núcleo de Atendimento ao Cliente - NAC trabalha no processo de atendimento e acompanhamento do paciente dentro do perfil assistencial do Hospital Psiquiátrico gerenciando o fluxo do paciente desde a admissão até a alta hospitalar. Seu principal produto é atender às necessidades dos clientes internos e externos, procurando articular ferramentas no campo da regulação de pacientes, gerenciamento de leitos, organização de mapa de exames, interconsultas eletivas, dentre outros, para garantir o suporte no cuidado à saúde do paciente.

Logo, esse espaço permite aos residentes o conhecimento de todo o caminho percorrido pelo paciente dentro da instituição até sua saída, possibilitando que sejam identificados os pacientes com longa permanência na instituição, seu território de origem, bem como pensadas estratégias para articulação com os Centros de Atenção Psicossocial, para continuidade do tratamento no território.

Outro campo de prática para os residentes é a Emergência Psiquiátrica que tem como objetivo o atendimento médico de urgência e emergência a pacientes com quadros psiquiátricos agudos ou com episódios de reagudização de quadros crônicos,

sendo estes advindos de demanda espontânea ou referenciamento pelos serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Esse serviço possibilita que os residentes conheçam estratégias de intervenção à crise em saúde mental, para que essa prática possa ser utilizada nos seus cotidianos profissionais, tendo em vista ser uma problemática transversal.

No que concerne a Internação Psiquiátrica, propõe-se apresentar para os residentes o tratamento de pacientes com quadros psiquiátricos agudos ou com episódios de reagudização de quadros crônicos, sendo utilizados tratamentos biológicos e diferentes técnicas sócio-psicoterápicas. Pois, entende-se que a internação é apenas uma etapa do tratamento, e, por este motivo, é prioritariamente de curta permanência.

Logo, os residentes têm acesso aos projetos terapêuticos singulares dos pacientes que são assistidos por equipe multidisciplinar composta por médicos psiquiatra e clínico, enfermeiro(a), terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo(a). Assim, pretende-se que a partir do conhecimento da atuação da equipe os residentes tenham subsídios para pensar e desenvolver práticas individuais ou grupais que complementam o tratamento das pacientes da Unidade de Internação II.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate da “Formação de Recursos Humanos” no SUS é basilar para o campo de inovações das práticas e propulsão de novas tecnologias no cotidiano dos serviços de saúde. Um reconhecimento histórico da importância é ressaltado pelas

iniciativas ministeriais de experiências e formações em que a simbiose entre teoria e prática estão indissociáveis no processo de ensino-aprendizagem. Exemplifica-se aqui as residências em saúde que trazem contribuições nos diversos cenários de práticas, dentre estes o Hospital Psiquiátrico.

Através do presente relato de experiência, ressalta-se que o Hospital Psiquiátrico apresenta ser um campo fecundo para a formação de profissionais que estão no processo formativo da residência multiprofissional em saúde. Além disso, é possível considerar a importância da figura do orientador de serviço no processo de ensino-aprendizagem como o condutor que estabelece a ligação entre os diversos setores que compõem o percurso formativo (NAC, Emergência e Unidade de Internação) e como agente que induz a provocações na busca pelo conhecimento comprometido com a realidade dos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: encurtador.com.br/eiABT. Acesso em 14 de jan. 2022.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: encurtador.com.br/aopDI. Acesso em 14 de jan. 2022.

_____. **Portaria nº 1.111**, de 05 de Julho de 2005. Ministério da Saúde. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Disponível em: encurtador.com.br/hvwG9. Acesso em 18 de jan. 2022.

_____. **Decreto nº 7.082**, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF. Disponível em: encurtador.com.br/jrQR4. Acesso em 14 de jan. 2022.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: encurtador.com.br/lqsRY. Acesso em 14 de jan. 2022.

_____. **Lei 11.129**, de 30 junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: encurtador.com.br/otvH9. Acesso em 14 de jan. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, R; EMERICH, B. F.; RICCI, E.C.. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. **Interface (Botucatu)**. 2019; 23: e170813.



9 786553 810303