

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS
CURSO DE ENFERMAGEM**

Portador de doença mental, família e sociedade

INÊS DE OLIVEIRA
MARIA APARECIDA DE GODOI SILVA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de graduação de Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

Orientador: Prof.^a. Dr.^a. Elizete Mello da Silva

**ASSIS
2009**

INÊS DE OLIVEIRA
MARIA APARECIDA DE GODOI SILVA

Portador de doença mental, família e sociedade

**ASSIS
2009**

Banca Examinadora

Profª Orientadora: Elizete Mello da Silva _____

1º Examinador: Marcelo Manfio _____

2º Examinador: _____

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CPI)

Oliveira, Inês de; Silva, Maria Aparecida de Godoi

Portador de doença mental, família e sociedade

Orientador: Prof.^a Dr.^a Elizete Mello da Silva
Assis, SP: [s.n], 2009.
f.

Trabalho de Conclusão de Curso da Fundação
Educativa do Município de Assis.

1) reforma psiquiátrica, 2) doente mental, 3) profissional de saúde

Bibliotecária responsável:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com muito carinho aos meus pais, Aparecida e Gerino (in memorian), que sempre acreditaram em mim, ao meu esposo Orlando e meus irmãos especialmente minha irmã Irene que depositaram toda confiança em mim e me apoiaram e incentivaram para conseguir sair vitoriosa. Não foi fácil, só nós sabemos, mas conseguimos! Quero dividir os louros desta conquista com vocês!

Aos meus filhos, Matheus e Beatriz fonte de inspiração em tudo o que faço.

Amo vocês!

Inês

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Maria e José (in memorian) agradeço de todo meu coração.

Ao meu esposo Jairo, meus filhos Rafael e Raul, minhas noras e netos, pelo motivo de viver, pela existência e incentivo, me deixaram mais determinada em alcançar esse objetivo, que mesmo sem entender meus momentos de ausência pela elaboração desse estudo foram fonte de inspiração de todo meu esforço

Ao meu sobrinho Felipe que surgiu em nossa vida, e o pouco que oferecemos, ele agradece com um sorriso.

Maria

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela força e estímulo nas horas de desânimo, fazendo com que se transformasse em inspiração e também por nos conceder através de sua bondade infinita e sabedoria, o potencial de concretizar mais uma conquista em nossas vidas.

Aos professores do curso pelos seus ensinamentos os quais enriqueceram nossa formação,

Aos colegas do Curso Enfermagem que muito nos apoiaram em vários momentos desta jornada;

Em especial, a orientadora, Prof^a. Dra Elizete, pela orientação cuidadosa e objetiva que me oportunizou durante a maior parte da construção deste trabalho.

*Obrigada,
Inês e Maria*

RESUMO

Este trabalho descreve os aspectos político-sociais que envolveram a reforma da assistência psiquiátrica, enfocando o processo de desinstitucionalização e a importância da enfermagem além de integrante da equipe interdisciplinar. Teve como objetivo discutir o papel das pessoas envolvidas nas equipes de referência, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, hospitais e ambulatórios de saúde mental sobre a questão da humanização no atendimento aos portadores de saúde mental e a seus familiares. Constitui-se de revisão bibliográfica em periódicos nacionais no período de 1994 a 2009. As alunas discutem sobre o comprometimento dos trabalhadores na área de saúde mental, com a desconstrução/construção a cerca do cuidado, fazendo-se necessária uma abordagem humanizada por meio do relacionamento interpessoal de pacientes, enfermeiros e as equipes responsáveis pela assistência ao doente mental.

Palavras-chaves: doente mental, reforma psiquiátrica, profissional de saúde

ABSTRACT

This work describes the political-social aspects that they involved the reform of the psychiatric attendance, focusing the not institutional process and the importance of the male nurses besides representative of the team interdisciplinar. He/she/you had as objective discusses the people's paper involved in the reference teams, Center of Atenção Psicossocial - CAPS, hospitals and clinics of mental health on the subject of the humanização in the attendance to the bearers of mental health and your relatives. It is constituted of bibliographical revision in national newspapers in the period from 1994 to 2009. The students discuss on the workers' compromising in the area of mental health, with the disarray / construction the about of the care, being done necessary an approach humanized through the relationship I of patients, male nurses and the responsible teams by the attendance to the mental patient.

Word-keys: sick mental, it reforms psychiatric, professional of health

Com este trabalho é possível prestar uma homenagem às raras famílias que abdicam parte de sua liberdade, de parte de seu tempo e de seu conforto, para não permitirem que um ente tão próximo e tão sofrido tenha uma vida terrível abandonado num manicômio

Autor Desconhecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	14
2 CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS.....	19
2.1 Doença Mental, transtornos mentais e comportamentais.....	19
2.2 Classificação de transtornos mentais e comportamentais.....	20
2.2.1 Aspectos neurofisiológicos.....	20
2.2.2 Intensidade.....	21
3 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	22
3.1 Humanização e Saúde Mental.....	24
3.2 Dificuldade enfrentada pela família do doente mental	29
3.2.1 O familiar cuidador	32
3.3 O profissional de saúde um novo olhar voltado ao doente mental ..	33
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS.....	42

INTRODUÇÃO

A história da doença mental faz parte do próprio homem e os valores que este aprendeu ao longo de sua vida, influencia diretamente no significado que atribui à doença e ao doente mental e remete amargas lembranças que permanecem até hoje na memória da humanidade.

A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, e sofra preconceitos e seja segregado da sociedade.

A um tempo atrás a família do doente mental não participava do seu tratamento internava-o em uma instituição e não se interessava em saber como seria seu tratamento, isolá-lo era a solução para se livrar daquele problema, diferentemente de hoje que verifica-se a importância da família para a melhora do paciente, como também para sua reinserção na sociedade.

Entretanto, da mesma que se entendia que se entendia que a família poderia atrapalhar o tratamento agora se entende que é fundamental a inclusão da família na dinâmica do processo de reabilitação do portador de doença mental, e que este merece um tratamento digno. Melmam (2001, p. 93) completa “No entanto, a oferta de participação num grupo de familiares tem se mostrado um valioso instrumento capaz de dinamizar o cuidado”.

A família é uma suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas os doentes mentais ela possui especial importância pelo fato desses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitarem de cuidados e acompanhamento do grupo familiar. Conforme Wernet (2001, p. 14):

Família é uma entidade presente na vida humana, seja ela representada pelos clássicos membros progenitores e toda a linhagem genética ou por pessoas acolhidas como família para outras pessoas.

A família necessita ter qualidade de vida, pois, tem suas relações de trabalho, estudo, entre outras necessidades, e, portanto, muitas vezes pelo fato de ter um portador de doença mental em seu convívio passam a sofrer restrições em sua forma de viver. Para Melmam (2001, p. 92) “Não existe um

modelo universal de família. Cada pessoa tem um estilo singular de viver e de lidar com as situações de vida. Cada um tem sua maneira particular de olhar e reagir em relação as doenças mentais”.

Verifica-se que o cuidador necessita de apoio emocional para que possa desempenhar suas atividades pessoais e também ter a disposição para assistir o portador de doença mental.

No contexto da sociedade, os deficientes mentais são vistos como excluídos e o governo por meio da previdência social suporta financeiramente os gastos com estes indivíduos para a manutenção das necessidades pessoais do portador e do familiar cuidador.

A escolha do tema tem em vista a experiência adquirida ao longo dos anos na área da Saúde, a percepção das dificuldades, do sofrimento e da falta de conhecimento da família do portador de doença mental. Acreditamos que seja necessário o estabelecimento de relação entre a família e os profissionais de Saúde no tratamento, com o propósito de oferecer uma melhoria na qualidade de vida tanto do paciente quanto da família.

Esta pesquisa bibliográfica analisou o papel das pessoas envolvidas nas equipes de referência, Centro de Atenção Psico-Social (CAPS), hospitais e ambulatórios de saúde mental sobre a questão da humanização no atendimento aos portadores de saúde mental e de seus familiares. Segundo Giordani (2008, p. 176) “Para se falar em humanização na Saúde, começando por defini-la, não se pode ignorar sua natureza subjetiva, pois se refere a pessoas e a um conjunto contraditório de necessidades”. A autora destaca ainda que “Portanto, construir uma rede de diálogo é, sobretudo dar lugar tanto à palavra dos usuários quanto dos profissionais de Saúde, de modo a favorecer o pensamento e promover ações singulares de humanização”.

Neste âmbito, analisamos a classificação das doenças de acordo com a organização mundial da saúde que decorre sobre a intensidade da patologia dos portadores de doenças mentais. Discutimos o papel interativo entre a família e a equipe multiplicar para melhoria do atendimento do portador de doença mental, destacamos as principais atribuições da equipe multidisciplinar.

Assim, o trabalho está dividido em três capítulos, o primeiro capítulo aborda a Reforma Psiquiátrica no Brasil, teve como princípio melhorar a qualidade de vida de doentes, e família e profissionais de Saúde, assim como a desinstitucionalização para diminuição do número de vagas e tempo de internação dos mesmos com a participação da família e da comunidade no processo de reabilitação.

O segundo capítulo, trata da Classificação das doenças mentais tendo em vista que a saúde mental, física e social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes, sendo indispensáveis ao bem estar do ser humano e sociedade.

O terceiro capítulo, apresenta a relação da família do doente mental e os atributos da equipe multidisciplinar já abordando as dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador.

Sendo Assis, esse estudo poderá contribuir para que os profissionais de Saúde reflitam sobre suas intervenções sobre o doente mental e familiares e identifiquem as necessidades deste contingentes de pessoas na tentativa de supri-las, considerando as especificidades de cada situação.

1 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O modelo brasileiro reforma psiquiátrica começou a ser desenhado na década de 80, inspirado numa experiência italiana. A estratégia ganhou impulso e entrou em vigor em 2001 através de uma lei que prevê a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada e de apoio formada por núcleos de atendimentos e hospitais-dia

Segundo o Ministério da Saúde a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados

brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Núcleo de Assistência Psicossocial - NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% (noventa e três) dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 (ANEXO I) redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de

saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro.

É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (BRASIL, 2005).

Com isso, verifica-se que a reforma, veio com a intenção de melhorar a qualidade de vida de doentes, família e profissionais de saúde, trouxe também a desinstitucionalização que visa diminuir os doentes mentais

internados e o tempo de internação dos mesmos com a participação da família e da comunidade no processo de reabilitação.

Uma das grandes críticas a este modelo é a lentidão da expansão desta rede e a percepção de que o atendimento ambulatorial não é indicado em todos os casos. No entanto, é inegável a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e portanto, este modelo continuará a ser expandido. E os casos onde a internação for verdadeiramente necessária, esta deverá ser feita em hospitais gerais.

Venetikides et al (2002) dizem que o contexto global em que se movem os projetos para mudança de enfoque e, conseqüentemente, de posturas, de propostas, de leis e de ações em saúde mental é bastante complexo e contraditório, como costumam ser os grandes processos sociais. O autor relatou ainda que a saúde mental não é apenas o tratamento da doença, mas envolve também a prevenção em incorporar hábitos de vida saudáveis bem como despertar a co-responsabilidade da comunidade, devendo envolver parcerias com outras secretarias e recursos comunitários.

De acordo com Barroso et al. (2004) tradicionalmente, considera-se que os transtornos mentais podem ser causados por agressão à integridade ou ao funcionamento do sistema nervoso central ou por influências psicológicas e sociais desfavoráveis.

Diversos autores acreditam que a atenção primária à saúde é um espaço privilegiado que deve ser aproveitado para a promoção da saúde e prevenção de transtornos mentais. Através de recursos disponíveis, como a cartilha e os folhetos do Programa de Saúde Mental, podem ser utilizados em ações de promoção da saúde e prevenção de transtornos mentais com os diversos grupos e integrados às atividades já desenvolvidas nas unidades (Barroso (2004); Martins, (2003); Aarons (2004).

Segundo o Ministério da Saúde para a construção de uma rede de atenção a saúde mental faz-se necessário recurso afetivo, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Os CAPS devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam

permanentemente de outras redes sociais e setores afins, em face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais. As oficinas terapêuticas oferecidas pelo CAPS, podem ser um elemento importante na construção de novos rumos para a atenção à saúde, integral globalizante e na perspectiva da totalidade, subjetividade e singularidade das pessoas (BRASIL, 2004).

Neste sentido, Ribeiro (2005) relata que os terapeutas buscam um aparato teórico e técnico para o tratamento, procurando reinventar o cotidiano dos pacientes e atender aos interesses políticos e à saúde pública. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação profissional, realiza vários tipos de atividades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, além do exercício coletivo da cidadania.

2 CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS

2.1 Doente Mental, transtornos mentais e comportamentais

O doente mental necessita de cuidados especiais devidos suas limitações psíquicas que podem desencadear atitudes das mais variadas, com possibilidade de sofrerem danos físicos.

Paixão (2008) define a saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo tem consciência das suas capacidades, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade ou seja, possuir o equilíbrio em todos os aspectos da vida física, social, mental e espiritual.

Os Transtornos Mentais e de Comportamento são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Internacional de Doenças – C.I.D. (ANEXO II), que compreende um agrupamento de uma série de transtornos mentais, que tem em comum uma etiologia demonstrável tal como a doença ou lesão cerebral, ou outro comprometimento que leva o indivíduo a sofrer uma disfunção cerebral.

Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas.

São exemplos de Transtornos Mentais e de Comportamento a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas.

Essas interações são cruciais para o desenvolvimento e evolução dos Transtornos Mentais e Comportamentais.

2.2 Classificação de transtornos Mentais e Comportamentais

Para Lewis e Lieberman (2000), a idade e o sexo estão associados com Transtornos Mentais e Comportamentais. Já foi demonstrada a associação dos Transtornos Mentais e Comportamentais com perturbações da comunicação neural no interior de circuitos específicos. Na esquizofrenia,

anormalidades na maturação dos circuitos neurais podem produzir alterações detectáveis na patologia no nível das células e dos tecidos grossos, as quais resultam no processamento incorreto ou mal adaptativo de informações.

Certos Transtornos Mentais segundo Berke e Hyman (2000), como a dependência de substâncias psicoativas, por exemplo, podem ser encarados em parte como resultado de plasticidade sináptica mal adaptativa. Noutras palavras, alteração das conexões sinápticas, resultantes quer da ação de drogas, quer da experiência, podem produzir alterações de longo prazo no pensamento, na emoção e no comportamento. Paralelamente ao progresso na neurociência, ocorreram avanços na genética. Quase todos os Transtornos Mentais e Comportamentais graves comuns estão associados com um significativo componente de risco genético.

Os Transtornos Mentais e Comportamentais devem-se, predominantemente, à interação de múltiplos genes de risco com fatores ambientais. Ademais, é possível que a predisposição genética ao desenvolvimento de determinado distúrbio mental ou comportamental se manifeste somente em pessoas sujeitas a certos estressores que desencadeiam a patologia.

Os exemplos de fatores ambientais poderiam abranger desde a exposição a substâncias psicoativas no estado fetal, até a desnutrição, infecção, perturbação do ambiente familiar, abandono, isolamento e trauma.

2.2.1 Aspecto neurofisiológico

No aspecto funcional age apenas no funcionamento do aparelho psíquico, em suas ligações.

Orgânicamente tem como característica mudanças ocorridas na química do cérebro, ou em mudanças fisiológicas e estruturais.

2.2.2 Intensidade

Como intensidade entende-se a agressividade e impulsividade do doente em:

Aguda: também chamada de fase de surto; é quando o doente se torna violento, impulsivo e fora da realidade. É necessária observação psiquiátrica constante, pois o doente oferece risco para si, para outros e para o patrimônio.

Crônica: é a fase de relaxamento do doente, onde ele está fora da realidade, mas não põe em risco os outros e sua vida. Este estágio é permanente, e resulta de algum caso onde não há cura.

No capítulo a seguir falar-se-á da Humanização nos Serviços de Saúde e o Doente Mental, tendo em vista que a temática humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, entretanto a assistência psiquiátrica, no Brasil, até a década de 70 foi marcada pela má qualidade de assistência aos portadores de doenças mentais e superlotação das instituições psiquiátricas.

3 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Trindade (2006) explica que o conceito básico que se remete quando a palavra humanização surge geralmente é o torna-se humano, pensar no próximo, como fonte de poder amenizar tensões e conflitos, acentuar as ações solidárias, uma visão mais comprometida com as relações, substituir o maquinário por trabalho humano, garantir a sua dignidade ética, democratizar ações, tornar uma atividade em benefício comum, muito embora várias idéias sejam pensadas para se chegar a tais conclusões.

Em razão do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico em medicina, a singularidade do paciente emoções, crenças e valores ficaram em segundo plano; de acordo com Fantini (2007) sua doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente. O ato médico, portanto, se desumanizou. No mesmo processo, ocorreram transformações na formação médica, cada vez mais especializada, e nas condições de trabalho, restringindo a disponibilidade do médico tanto para o contato com o paciente quanto para a busca de formação mais abrangente. As atuais condições do exercício da medicina não têm contribuído para a melhoria do relacionamento entre médicos e pacientes e para o atendimento humanizado e de boa qualidade. Esse quadro estende-se tanto a outros profissionais da área como a instituições de saúde

A humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita. Aparece, à primeira vista, como a busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Cada uma dessas frentes arrola e classifica um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora (PUCCINI; CECÍLIO, 2004)

Nos serviços de saúde, essa intenção humanizadora se traduz em diferentes proposições: melhorar a relação médico-

paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto, o parto humanizado e na atenção ao recém-nascido de baixo peso, programa da mãecanguru; amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denunciar a mercantilização da medicina; criticar a instituição total e tantas outras proposições(PUCCINII; CECÍLIO, 2004, p. 09)

Verifica-se então que com as propostas de humanização, cresce uma valorização das interrelações humanas, como uma barreira de resistência contra o convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana.

Na possibilidade de resgate do humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde.

Segundo Gallian (2000) a temática humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

Por isso as instituições de saúde devem buscar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido.

De acordo com Potyara (2000) é necessária reflexões sobre a tarefa assistencial que conduzem também ao campo ético. A questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro. Para que haja ética, é preciso ver (perceber) o outro. E, se para a assistência humanizada também é preciso perceber o outro, conclui-se que assistência humanizada e ética caminham juntas. O trabalho de um profissional, qualquer que seja sua atividade, depende tanto da qualidade

técnica como da qualidade interacional. Em medicina, a preocupação com a qualidade faz com que, em cada especialidade, se busque desenvolver a capacidade técnica, que faz parte do que chamamos de conhecimentos e habilidades relativos à área técnica; para a capacitação interacional do médico, de qualquer especialidade, torna-se necessária a instrumentalização para reconhecer e lidar com os aspectos emocionais da tarefa assistencial, isto é, o desenvolvimento de atitudes.

Para Fantini (2007) a humanização é como um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será de humanização.

Neste processo várias instâncias deverão envolver-se, tais como: profissionais de todos os setores, direção e gestores da instituição, além de formuladores de políticas públicas, conselhos profissionais e entidades formadoras.

3.1 Humanização e Saúde Mental

Esse movimento impulsiona a discussão a respeito da assistência psiquiátrica, que culmina na adesão de outras esferas sociais, tais como familiares de doentes mentais internados e da mídia, na luta por uma assistência mais humana e menos segregadora e violenta derivada do modelo hospitalocêntrico. Fato que repercute, dando origem ao movimento de reforma da assistência psiquiátrica (OGATA, 2000).

Gonçalves (2001, p. 49) afirma que “A reforma psiquiátrica brasileira é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, influenciado pela ideologia de grupos dominantes”.

Esse movimento teve suas raízes na concepção de desinstitucionalização dos Estados Unidos e da Itália e hoje é discutida como parte das políticas de saúde.

Os objetivos da reforma enfatizam a substituição dos aparatos manicomiais pelos serviços comunitários e normatizam as internações involuntárias.

Nesse contexto, fica clara a importância da mudança de conceito e atitude quanto à doença mental e, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais de saúde mental se adaptem às novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral.

Para isso, evidencia-se a necessidade da equipe interdisciplinar, na qual haja, entre seus integrantes, a coesão, a integração e o inter-relacionamento efetivo, buscando a aceitação, a reciprocidade e interação, tanto entre os técnicos, quanto entre eles e o sujeito de seu cuidado.

Nesse sentido, afirma Oliveira (2000) que a equipe interdisciplinar deve quebrar a hierarquia e os limites técnicos de cada um. Assim, as competências diversas de cada profissional devem ser integradas a partir de valores éticos, assegurando um espaço de interconexão entre os saberes e práticas.

No projeto terapêutico, a preocupação maior deve ser a sua construção numa dimensão participativa, o que não significa a perda da identidade profissional, mas a relativização da competência específica do coletivo (OLIVEIRA, 2000, p. 590).

Nesses termos uma difusão de papéis seria terapeuticamente mais valiosa ao pólo central de atenção do cliente e seu acolhimento.

De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização na área da saúde se remete às seguintes propostas: ÉTICA: todos passam a ser co-responsáveis, trabalhadores e usuários, pelas ações em saúde; ESTÉTICA: busca abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo; POLÍTICA:

organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde SUS. (BRASIL, 2006)

O processo de humanização deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, co-responsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão.

Segundo Trindade (2006) o processo de humanização está intimamente ligado à qualidade de vida. Quando se refere ao comportamento dos indivíduos, seu modo de pensar e agir, ao longo dos anos, se que os mesmos se tornaram mais solidários, pensam mais nas questões sociais, em busca do desenvolvimento coletivo, no próximo, assim se estabelece uma relação que também interfere na sua qualidade de vida. Mas não foi sempre assim, a assistência ao ser humano com transtornos mentais tem a sua trajetória histórica marcada por processos de exclusão, isolamento, segregação, e anulação do indivíduo enquanto portador de direitos.

Conforme Tundis (2000), antigamente não se pensava em doença mental, as pessoas que tinham comportamento diferente do habitual, especialmente quando se tornavam agitadas ou agressivas, eram consideradas loucas. E a sociedade, sem compreendê-las, colocava-as em celas ou masmorras, onde eram abandonadas. Em outro momento acreditou-se que essas pessoas estavam possuídas pelo demônio, eram então usadas práticas de exorcismo para expulsá-lo. Enfim, considerava-se que elas haviam perdido sua condição humana, assim, ficavam excluídas, acorrentadas, expostas ao frio e mal-alimentadas.

Por sua vez, Lyra (2004) explica que a partir das idéias do Iluminismo durante a Revolução Francesa no final do século XVIII Igualdade, Liberdade e Fraternidade e a declaração dos Direitos Humanos, cresceu o movimento de denúncias contra as internações de portadores de transtorno mental; as mortes, as torturas disfarçadas sob a forma de tratamentos médicos, aos quais os indivíduos eram submetidos fizeram com que alguns médicos, como Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos EUA, entre outros, repensassem e iniciassem um movimento de reforma em seus

tratamentos, assim, essa clientela passaria a receber cuidados psiquiátricos sistemáticos.

Somente no século XIX, Gondim (2001) afirma que as pesquisas da medicina avançaram nos estudos sobre a Biologia, a partir da qual a doença mental começa a ser entendida como sendo de ordem neurocerebral, ou seja, os processos mentais seriam explicados com base no sistema nervoso.

Verifica-se então, conforme afirma Tundis (2000) que a partir desta mudança, a loucura passou a ser medicada. As degenerescências que os pacientes sofriam poderiam ter diversas causas: hereditariedade, influências sociais, doenças congênitas, entre outras, passando a ser vista não mais como distúrbio moral e sim como anormalidade. Assim, nasce a psiquiatria sendo uma doença específica, portanto, requer um saber médico específico, técnica e métodos também específicos.

Neste período a internação e o isolamento eram colocados como uma necessidade urgente e absoluta, tanto para a segurança do próprio doente, como da família e da sociedade, que para a tranquilidade da população em geral, esta necessidade era ainda mais urgente para os indivíduos que pertencessem às classes sociais economicamente menos favorecidas, fruto do puro preconceito

Com o decorrer do tempo verificou-se que estas instituições eram repressoras e alienantes e provocava, muitas vezes, novos sintomas, que levavam os doentes a cronicidade. Portanto, era preciso transformá-la e reformá-la.

De acordo com Holos (2006) não se pode discordar hoje em dia, de que uma das metas prioritárias no campo da assistência psiquiátrica, no Mundo, é a inversão do padrão atual de atendimento, que ainda é fundado no tratamento a base de medicamentos e do isolamento. Não se deve negar o efeito positivo do uso de algumas drogas para controlar a ansiedade, agressividade, entre outros surtos que o paciente possa apresentar, mas também se deve levar em conta que apenas esses tratamentos não respondem eficazmente ao que se pode chamar de tratamento humanitário, o qual depende da interligação que existe entre a psiquiatria e as outras áreas de

intervenção que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, que precisam para um resultado melhor no tratamento, geralmente, ficar internos.

A atual política de saúde mental preconiza que se evite ao máximo as internações psiquiátricas e que estas, quando inevitáveis, tenham a menor duração possível. Deve-se dar preferência ao tratamento ambulatorial e todo o quadro assistencial deve estar mobilizado para promover a desospitalização imediata dos pacientes que estão submetidos a internações prolongadas. O resultado prático desta nova postura foi uma redução dramática no número de pacientes institucionalizados e uma tendência crescente de o número de altas ultrapassar o número de admissões. Estudos recentes calculam que 65% dos pacientes portadores de distúrbio mental crônico, que viviam em clínicas públicas ou privadas, já estão vivendo na comunidade. Calcula-se que um percentual semelhante de esquizofrênicos, que até então estavam submetidos a internações prolongadas, já estão fora dos hospitais psiquiátricos.

Apesar de ser um processo lento e com desafios e dificuldades, há conquistas, que têm estimulado a constituição de redes de atenção psicossocial de base comunitária, substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar, como forma de garantir os direitos dos usuários com transtornos mentais (MS, 2006). Neste novo modelo de cuidado, há grandes mudanças no tratamento dos usuários, o qual: passa a ser humanizado; há a disposição de equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico; os usuários adquirem também o papel de agentes no próprio tratamento; e conquistam o direito de se organizar em associações e cooperativas, promovendo a inserção social de seus membros.

Acredita-se que ao falar-se em Humanização e Doença Mental, vislumbra-se um futuro próximo que as instituições hospitalares psiquiátricas não mais excluam e isolem o paciente do convívio sociocultural, que o preconceito com o portador de transtorno mental diminua, para assim poder-se viver em harmonia com toda sociedade. E que o tratamento para esses pacientes, evolua de maneira a minimizar o isolamento e possibilitar aos que eles tenham todos os seus direitos e deveres sendo efetivamente cumpridos.

3.2 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA FAMÍLIA DO DOENTE MENTAL

Segundo Pereira Junior. (2003) a história da assistência em psiquiatria mostra que a atenção reservada à família é relativamente recente. Enquanto apenas os manicômios respondiam pelas necessidades de cuidados prestados nesta área, a interação entre instituição, paciente, família e comunidade se encontrava incipiente. O problema era colocado sempre fora, em um espaço longínquo, alheio ou estranho, o que pode ser interpretado como indício do real afastamento frente à consideração do processo saúde/doença, havendo olhares voltados apenas à doença, não contemplando a pessoa com sua história e seu contexto.

Com os movimentos mundialmente conhecidos de análise e crítica anti-institucional em países ocidentais depois da segunda guerra mundial, surgiram modelos de intervenção que visavam reduzir ou eliminar a utilização dos hospitais psiquiátricos trazendo, entre outras conseqüências, a família para o cenário da assistência (PEREIRA JUNIOR, 2003).

Segundo Costa (2000), a existência de movimentos de familiares pró e contra a reforma psiquiátrica aponta os diversos paradoxos da reforma. A internação dos portadores de transtornos mentais em grandes instituições estatais foi favorecida pela transformação da família, pois dentro de seu seio, no espaço de trocas afetivas, onde a convivência com a loucura, devido a sua maneira diferenciada de se comportarem, pensarem, reagirem ou sentirem, se tornou difícil. Entretanto, no momento em que esta transformação se aprofunda cada vez mais, convoca-se a família para assumir novamente responsabilidades pelos cuidados para com seu parente portador de transtornos mentais.

Segundo Costa (2000) tradicionalmente as mulheres se responsabilizam dentro das famílias pelos cuidados para com os familiares que sofrem de diversos problemas. Entretanto, no momento em que elas conseguiram redistribuir este papel dentro das famílias e se inserem no

mercado de trabalho, são novamente elas que se vêem encarregadas dos cuidados para com o parente com transtornos mentais.

Franco (2002) afirma que com a consagração da constituição federal de 1988, esperam-se investimentos do Estado em políticas sociais e a ampliação de serviços públicos universais baseadas na concepção de cidadania. Entretanto, no momento em que se começa implementar uma nova política de saúde mental pautada pela concepção da cidadania, o Estado se retrai e convoca a família para se responsabilizar, juntamente com ele, pelos cuidados dos portadores de transtornos mentais. O autor ainda complementa que estes paradoxos reportam para a questão de como as famílias que convivem com parentes portadores de transtornos mentais anteriormente hospitalizados e agora assistidos por serviços substitutivos, percebem sua convivência com seus parentes e qual sentido que atribuem aos serviços substitutivos.

Verifica-se então conforme afirma Romagnoli (2005), que o movimento da reforma psiquiátrica, o tema da família passa a ser ainda mais importante, pois os doentes mentais voltam a circular pela sociedade e pelo âmbito familiar. Na verdade, espera-se da família uma retomada na responsabilização pelos seus familiares portadores de transtornos mentais. A perspectiva que responsabiliza a família por comportamentos patológicos repercute de forma negativa nesses espaços, gerando sentimentos de incapacidade entre seus membros. Isso poder ser evidenciado a seguir:

Essa alteração na convivência familiar tem gerado uma atmosfera de tensão e de reprodução no grupo familiar, em que circulam não só conflitos cristalizados, mas também fortes sensações de impotência e incapacidade, tornando, na maioria das vezes, inviável a construção de alternativas no cotidiano da família. Observamos ainda que a ausência de saídas e o bloqueio das possibilidades de convivência geralmente são reforçados pelos profissionais que atendem o portador de transtorno mental e, indiretamente, as famílias. Tradicionalmente, em seu cotidiano de trabalho, os agentes de saúde culpabilizam a família pelo surgimento da doença mental (ROMAGNOLI, 2005, p. 2).

Alguns autores relatam que a família tem um grande peso ao assumir o cuidado com o paciente portador de doença mental, sua rotina muda, o orçamento fica mais caro e ela tem de adaptar a transformações na casa, por isso o apoio psicológico tem de ter abrangência à família que sofre com a fadiga do dia-a-dia (Oliveira, 2000).

A relação familiar é o sustentáculo, a base para uma boa estrutura emocional para o paciente portador de doença mental, tanto para prevenção de uma crise, quanto para sua manutenção e recuperação (ALONSO, 2001).

Segundo Mello (2008) quase sempre o convívio com o paciente psiquiátrico produz uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, vida social, relação com outros membros da família, lazer, disponibilidade financeira, rotina doméstica, desempenho profissional e escolar e inúmeros outros aspectos da vida dos familiares ou substitutos.

Diante do panorama apresentado pode-se verificar conforme Colvero (2002) afirma que a reforma psiquiátrica provocou a diminuição de leitos hospitalares e estimula a criação de serviços que substituam as internações, contudo, muitos familiares ainda encontram dificuldade em adequar-se a este novo sistema.

Com isso, a família tem que mudar seu cotidiano para que possa adequar-se à essa nova realidade assistencial, e dentre as principais dificuldades encontradas destacam-se o gasto financeiro, pois com o doente em casa muitas vezes o orçamento não atende as necessidades previstas, tantas mudanças ocasionam uma sobrecarga familiar, que engloba o desgaste físico e emocional. Dessa forma, os serviços de saúde devem propiciar uma assistência integral ao doente e à família (SPADINI e SOUZA, 2004).

De acordo com Monteiro e Barroso (2000) para a família receber o doente em casa, a dinâmica familiar deve ser conhecida, saber o que cada um pensa, sente, e como enfrentam as dificuldades do cotidiano, para isso, os profissionais devem ser capacitados e atualizados para atuar com segurança nessa complexa especialidade. Para os autores a interação familiar com o doente mental pode encontrar-se em um estado de complexidade onde

alguns dos integrantes não conseguem interagir com o doente, o que é extremamente prejudicial para o doente e toda a família.

3.2.1 O Familiar Cuidador

Os cuidadores, conforme afirma Mello (2008) que se dedicam aos pacientes mais debilitados investem tempo e energia na busca de tratamento e nas negociações para que eles aceitem se tratar. A interação com os serviços de saúde mental também é uma fonte de sobrecarga, pois na maioria das vezes os contatos são vivenciados como uma experiência frustrante, confusa e humilhante.

Segundo o mesmo autor, ter um familiar com quadro psicótico agudo é uma experiência que muitas vezes envolve vizinhos, serviço médico, polícia e bombeiros. Promover a internação compulsória de uma pessoa que se estima é uma opção dolorosa e carregada de ambivalências. O sofrimento é ainda mais intenso quando se reconhece que internar não é o procedimento mais recomendado para o paciente, mas que, infelizmente, em função da total omissão dos responsáveis pelo planejamento na área de saúde mental, essa é a única forma de assistência disponível.

A maioria dos cuidadores considera que a experiência mais dramática e a maior fonte de sofrimento é a percepção das angústias e da vida cada vez mais empobrecida do paciente. Muitos não se conformam em ver um parente, que até então era brilhante, cheio de projetos de vida e socialmente bem integrado, se transformar numa pessoa comprometida, dependente, desprotegida e tomada por limitações e toda natureza.

Considerando o fundamental papel do familiar-cuidador neste processo, Luzardo et al. (2006) ressaltam que esta pessoa necessita de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, pois a extensão e a complexidade de algumas doenças repercutem de forma negativa sobre sua vida, produzindo desgaste físico, mental e emocional.

Segundo o Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança, publicado pela Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade, em consequência não só dos sintomas inquietantes, como também das resultantes incapacidades de participar em atividades de trabalho e de lazer, acentuadas pela discriminação (OMS, 2001).

É preciso que a família seja orientada sobre o que está ocorrendo com o paciente e estimulada a participar de tudo o que desejar para ajudar na recuperação. Entende-se que a família ocupa papel primordial na ressocialização do doente mental, e ela tem o interesse de desenvolver este papel, podendo fazê-lo de forma atuante, portanto, a importância do envolvimento da família em todo processo de inclusão social e a reabilitação do indivíduo com sofrimento mental, mas ainda existem muitas dificuldades enfrentadas por estes familiares. Eles se mostram desorientados, sem um serviço de referência que possa apoiá-los e orientá-los sobre a maneira correta de assumir esta situação, sem suporte psicossocioeconômico diante de tantas mudanças (SILVA, 2005)

3.3 O PROFISSIONAL DE SAÚDE COM UM NOVO OLHAR VOLTADO AO DOENTE MENTAL

Segundo Toledo (2007) o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil preconiza, a partir da desinstitucionalização, mais que a reestruturação da atenção em saúde mental, sugere um trabalho para além da oferta de novos serviços ou da reestruturação de modelos assistenciais. Implica em mudanças profundas de ordem política, ideológica, ética e das concepções de clínica e reabilitação, visando, entre outros, uma alteração da resposta social à loucura e flexibilidade da atuação do profissional.

Sabendo da importância de se levar em conta a subjetividade e o contexto dos usuários, muitas instituições têm adotado uma nova forma de abordagem em relação aos mesmos. Esse novo modelo conta, entre outros recursos, com a existência de um técnico de referência que, juntamente a

equipe e ao paciente, é responsável pela construção de um projeto terapêutico individual, que procura significar as demandas singulares de cada sujeito. Pretende, com isso, substituir a forma de trabalho anteriormente desenvolvida pelos equipamentos que, embora fosse humanizada, se baseava em profissionais e programas de intervenções voltados para um coletivo de pacientes (TOLEDO, 2007).

Acredita-se que esta é uma estratégia importante na medida em que provê contornos ao encontro entre o profissional da saúde mental e o usuário, localizando-se, desse modo, na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas apresentadas pelos usuários, passando inevitavelmente pela intersubjetividade.

Com isso espera-se que o profissional aproprie-se de um determinado caso e acompanhe a evolução do mesmo lembrando a equipe dos objetivos almejados. Sabe-se que a rotina institucional exige bastante dos profissionais, os fazendo alegar falta de tempo para realizar com eficácia essa função. Além disso, a dificuldade dos casos, devido a sua contextualidade, faz com que os profissionais em vários momentos se deparem com frustrações e com isso se distanciem do caso aos poucos, deixando uma porta aberta à instalação da cronicidade.

Os profissionais de referência devem ser de diferentes formações e componham uma equipe de referência, que se constituirá na menor unidade organizacional do serviço. Além disso, é função básica desse dispositivo planejar, acompanhar e avaliar (não necessariamente executar) o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial de cada usuário e garantir a continuidade do tratamento, evitando-se a perda do paciente nas conhecidas e descontextualizadas teias constituídas pelos encaminhamentos. Dessa forma a responsabilização e vínculo serão uma das decorrências da forma de trabalho dessa função. (Furtado e Miranda, 2006)

Para Toledo (2007) a construção do vínculo é um aspecto central do trabalho do profissional de referência, uma vez que propicia o alargamento da responsabilização do profissional da saúde e pressupõe uma relação de interdependência, co-responsabilidade e compromisso mútuo entre

o trabalhador e o paciente, permitindo uma construção compartilhada de percursos institucionais. No entanto, é válida a constatação de uma particularidade na formação de vínculo com um paciente psicótico - perfil dominante da clientela atendida nos serviços de saúde mental.

O enfermeiro tem papel fundamental neste processo, para Gamba (2006), ele promove a saúde em qualquer área que esteja atuando. Nas orientações das ações da Enfermagem de Saúde Mental, o pessoal de enfermagem representa a grande maioria da força de trabalho nos serviços de saúde mental. Seja no papel de gestor, de membro da equipe em contato direto com o portador de saúde mental e seus familiares, seja na supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem, ou na determinação do projeto terapêutico para cada pessoa sob seus cuidados, o enfermeiro é elemento chave neste processo de mudança de paradigma. A identificação de fatores fisiológicos e principalmente psicológicos é o seu papel fundamental na saúde mental.

As ações da saúde mental devem obedecer o modelo de redes de cuidado e atuar com políticas específicas. O profissional de saúde deve estabelecer com os usuários um vínculo e oferecer o primordial que é o acolhimento (GAMBA, 2006).

Hoje, espera-se que o enfermeiro seja capaz de identificar e manejar, ou encaminhar adequadamente os casos de manifestações mentais em qualquer especialidade e situação de atenção à saúde, e que os enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental estejam preparados para cuidar da pessoa afetada em todos os níveis de atenção.

Verifica-se que com a reforma psiquiátrica, veio a desinstitucionalização, e esta propõe a mudança do tratamento às pessoas com transtorno mental, até então hospitalocêntrico, para alternativas de atendimento à comunidade. Com isso surge a necessidade de se transformar as formas de cuidar das pessoas com transtorno mental, e o objeto de atenção deve deixar de ser apenas a doença e passa a ser a existência – sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social à ênfase não se centra mais no processo de cura, mas no projeto de intervenção de saúde. O olhar passa a ser

direcionado à pessoa, à sua cultura e à sua vida cotidiana, tornando-se ela o objetivo do trabalho terapêutico e não mais a doença (GAMBA, 2006).

Toda enfermeira deve ficar vigilante em relação ao paciente que se preocupa excessivamente demonstra deterioração no desempenho emocional, social ou ocupacional. As estratégias de cuidado enfatizam as maneiras do paciente para verbalizar os sentimentos e medos e para identificar as fontes de ansiedade. A necessidade de ensinar e promover as capacidades de adaptação efetiva e o uso das técnicas de relaxamento constitui as prioridades do cuidado (SMELTZER & BARE, 2006).

A atenção em saúde mental que hoje procura substituir o modelo hospitalocentrico por um modelo de cuidado em casa, vem sendo amparada por uma rede diversificada e qualificada de serviços especializados na comunidade, por meio de unidades de saúde mental. As ações de saúde mental na atenção primária devem sempre obedecer ao modelo de rede de cuidado, com base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. No dia-a-dia, o profissional de saúde devera estabelecer com os usuários novos vínculos e oferecer, especialmente, acolhimento (GAMBA, 2006).

De acordo com Rodrigues (2005) o profissional tem que considerar a possibilidade de reinserção social do paciente e do fato de este necessitar do envolvimento e do comprometimento de todos, pois, independentemente da forma como a família se constitui, ela continua a representar a garantia de sobrevivência e proteção de seus membros. No entanto, para que haja funcionalidade efetiva nessa trajetória, muitos aspectos deverão ser considerados e inúmeros investimentos deverão ser realizados de forma sistemática para um real preparo da família; ao mesmo tempo em que os profissionais também descobrirão este novo fazer, tarefa integrada e integradora do enfermeiro atuante na comunidade com o enfermeiro de saúde mental.

Em relação aos familiares, o enfermeiro não deve subestimar o impacto que suas interações terapêuticas, informações educacionais, modelagem do papel positivo, fornecimento dos cuidados diretos e ensino corretivo possuem sobre a promoção da saúde (SMELTZER e BARE, 2006).

Smeltzer e Bare, (2006) relatam que existem muitos graus de desempenho familiar, o enfermeiro avalia o desempenho familiar para determinar como a família irá lidar com o impacto da condição de saúde. Se a família for caótica ou desorganizada, a promoção das competências de adaptação se torna uma prioridade no plano de cuidado.

O autor lembra que a família com problemas preexistentes pode exigir assistência adicional antes de participar totalmente na situação de saúde atual.

Ao realizar um histórico da família, o enfermeiro deve considerar a estrutura e o desempenho atuais da família. As áreas da apreciação incluem os dados demográficos, as informações de desenvolvimento (tendo em mente que os membros da família podem estar, simultaneamente, em diferentes estágios de desenvolvimento), a estrutura familiar, o desempenho familiar e as capacidades de adaptação. Também é avaliado o papel que o ambiente desempenha na saúde familiar (SMELTZER e BARE, 2006).

Conseqüentemente, os profissionais de enfermagem em saúde mental têm sentido necessidade de refletir sobre suas ações, pois o processo de trabalho é constituído de conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói. Assim, é necessário implementar algumas ações e garantir a qualificação dos profissionais de saúde mental, tendo como diretrizes para as suas intervenções acolhimento, vínculo, responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade e humanização da atenção, resolutividade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com usuários e diferentes redes de apoio (OLSHOWSKY *et al*, 2005).

Considerações Finais

Diante da pesquisa realizada em literatura, como também pela experiência profissional, considera-se que o respeito, dedicação e compreensão devem ser priorizados na relação portador, família e sociedade. O movimento dos trabalhadores da saúde mental tinha como objetivo melhorar as condições de trabalho, salários e o tratamento dos portadores desses transtornos, que viviam em péssimas condições, isolados da família e da sociedade. O que propiciou o início do processo da reforma psiquiátrica.

Destaca-se, ainda, que esse movimento de trabalhadores denunciou os maus tratos e violências sofridas por esses doentes mentais. Nesta ocasião surgiu um novo modelo de atendimento junto a desinstitucionalização o que possibilitou que os pacientes/clientes desses manicômios retornassem ao convívio familiar.

Com essa nova assistência foram reduzindo o número de leitos e internações, somente os casos de surtos e os que oferecessem riscos para a sociedade e a si próprio é que poderiam ser internados. Só foi possível realizar essa mudança devido a evolução dos fármacos que auxiliou na estabilização dos portadores, e também ao tratamento o tratamento ambulatorial.

O governo por sua vez contribuiu com suporte financeiro para subsidiar as necessidades do tratamento do portador, e proporcionando melhor estrutura o familiar cuidador.

Para definir um diagnóstico clínico foi estabelecida uma padronização de Classificação Internacional de Doenças – C.I.D., este formato de códigos identifica a doença e sua intensidade. Os profissionais de saúde reconhecem a patologia pelos códigos, preservando o paciente/cliente nos casos de doenças que podem sofrer preconceito pela sociedade.

Aliado a todas essas mudanças de condições de tratamento, as instituições estão buscando formas e praticas no atendimento humanizado. Os treinamentos que capacitam equipes multidisciplinares procuram integrar ações para facilitar a assistência ao portador.

A enfermagem em saúde mental também vem passando por importantes transformações nas últimas décadas, e com isso novas práticas

estão sendo assimiladas por esse novo profissional, na tentativa de aperfeiçoar a assistência integral ao doente mental em face das novas diretrizes da política nacional de saúde mental.

A lei Federal do Brasil 10.216 de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acreditamos que no mínimo devem ser atendidas essas garantias, pois, este indivíduo, alheio a sua vontade, sofre conseqüências por seu estado de dependência.

REFERÊNCIAS

ALONSO, S.G. **Falando sobre a reinternação psiquiátrica: a voz das pacientes.** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.

BRASIL. **Lei nº 10216 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2001. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm, Acesso em: 15 julho, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar.** Brasília, 2001

COLVERO LA. **Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado.** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

FANTINI, M.C. **Humanização na Saúde**, 2007, Revista Ser Médico, disponível no site <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=57>, acesso em 30/08/2009.

FRANCO, R. F. **A experiência de familiares nos cuidados e na convivência com portadores de transtornos mentais no contexto da reforma psiquiátrica,** Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

GAMBA, M A. **Enfermagem e saúde do adulto.** São Paulo: manole, 2006.

GONDIM DSM. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

GONÇALVES S, FAGUNDES P, LOVISI G, LIMA LA. **Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência.** Ciência Saúde Coletiva. 2001.

GONÇALVES A.M. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Rev Lat-Am Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) ,2001

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica.** Brasília: Boletim dos Procuradores da República n. 70, ano VI, Abr 2006, p. 16-21. Disponível em: http://www.anpr.org.br/portal/files/boletim_70.pdf. Acesso em: 14.9.2009, às 23h55.

LANA, C. , DIAS, J. E REGINA, L. **O estigma da doença mental para pacientes, familiares e a sociedade,** disponível no site

<http://www.webartigos.com/articles/19051/1/o-estigma-da-doenca-mental-para-pacientes-familiares-e-a-sociedade/pagina1.html><http://www.webartigos.com/articles/19051/1/o-estigma-da-doenca-mental-para-pacientes-familiares-e-a-sociedade/pagina1.html>.2009, acesso em julho/2009.

LEWIS E LIEBERMAN. **Compreensão dos transtornos mentais e comportamentais**. 2000, disponível no site em <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>, acesso em 23 de agosto de 2009.

LIMA MA. **Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade**, contexto e ação. In: *Ética e Psiquiatria*. 2ª ed. São Paulo: CREMESP; 2007

LYRA, P. de T. **O calvário dos hospitais psiquiátricos**. Brasília: [s.n.], [200-]. Disponível em <http://www.crprj.org.br/clip004.htm>. Acesso em: 8 agosto de 2009.

MARTINS, D. ; SERAFIM, A. de P. **Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil**, disponível no site http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832009000400008&script=sci_arttext, acesso em maio/2009.

MELLO, J. H. R. (psiquiatra) , **Esquizofrenia: sobrecarga do cuidador**, 2008, disponível no site http://www.hospitaldepsiquiatria.com.br/menu_03/artigos/art_006.htm, acesso em 10/08/2009

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde mental e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

OGATA M. N. **Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências**. Nursing, São Paulo, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 e saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001

OLIVEIRA L.H. **A instituição psiquiátrica e o doente mental: a percepção de quem vivencia esse cotidiano**. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2000.

PEREIRA M. O. **Representação da doença mental pela família do paciente**. Interface Comunic Saúde Educ. 2003

POTYARA A.P.P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez Editora; 2000.

PUCCINI P.T. **Limites e possibilidades de uma proposta de humanização dos serviços públicos e satisfação dos usuários na luta pelo direito à saúde** [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2002

RODRIGUES, C.R. **Reificação e saúde mental: representações de profissionais pacientes e seus cuidadores**. [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2001

RODRIGUES L.R. **“Só quem sabe da doença dele é Deus”. O significado da doença mental no contexto cultural**. Dissertação Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2001.

ROMAGNOLI, R. C. **Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios**. Pulsional Revista de Psicanálise, São Paulo, ano XVII , n. 180, p. 71-80, 2005.

SILVA JR AG. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2005.

SMELTZER, S C., e BARE, B. **Brunner & Sudardarth tratado de enfermagem médico – cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara e koogan, 2006

SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, p.123-127, 2004.

TOLEDO, B. **Repensando a prática profissional em saúde mental: o profissional de referência como meio para instituir desvio na clínica**, monografia apresentada a Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Coletiva, Campinas – SP, Fevereiro, 2007, disponível no site http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/aprimorandos/7.pdf, acesso em julho/2009, acesso em agosto/2009.

TRINDADE , D.C. **Humanização hospitalar: a contribuição do profissional de lazer em instituições psiquiátricas** , http://www.cpihts.com/2003_07_06/Ilda_lopes.htm>. Acesso em 23 de julho de 2009.

TUNDIS, S. A, **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**, Petrópolis: Vozes, 2000.

TUNDIS, S A. ; COSTA, N do R., **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**, SP:Editora Vozes, 2001.

Anexo I - Lei Federal do Brasil 10216 de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º

Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as

instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º

A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º

A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único - O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º

A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do

estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º

A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10.

Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11.

Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12.

O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13.

Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Disponível no site: http://pt.wikisource.org/wiki/Lei_Federal_do_Brasil_10216_de_2001, acesso em maio/2009.

Anexo II - F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico. O terceiro caractere do código identifica a substância implicada e o quarto caractere especifica o quadro clínico. Os códigos devem ser usados, como determinado, para cada substância especificada, mas deve-se notar que nem todos os códigos de quarto caractere podem ser aplicados a todas as substâncias.

A identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir de todas as fontes de informação possíveis. Estas compreendem: informações fornecidas pelo próprio sujeito, as análises de sangue e de outros líquidos corporais, os sintomas físicos e psicológicos característicos, os sinais e os comportamentos clínicos, e outras evidências tais como as drogas achadas com o paciente e os relatos de terceiros bem informados. Numerosos usuários de drogas consomem mais de um tipo de substância psicoativa. O diagnóstico principal deverá ser classificado, se possível, em função da substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas que é a maior responsável pelo quadro clínico ou que lhe determina as características essenciais. Diagnósticos suplementares devem ser codificados quando outras drogas ou categorias de drogas foram consumidas em quantidades suficientes para provocar uma intoxicação (quarto caractere comum .0), efeitos nocivos à saúde (quarto caractere comum .1), dependência (quarto caractere comum .2) ou outros transtornos (quarto caractere comum .3-.9).

O diagnóstico de transtornos ligados à utilização de múltiplas substâncias (F19.-) deve ser reservado somente aos casos onde a escolha das drogas é feita de modo caótico e indiscriminado, ou naqueles casos onde as contribuições de diferentes drogas estão misturadas.

Exclui:

abuso de substâncias que não produzem dependência (F55)

As subdivisões seguintes de quarto caractere devem ser usadas com as categorias F10-F19:

.0 Intoxicação aguda

Estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar:

traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.

Bebedeira SOE

Estados de transe e de possessão na intoxicação por substância psicoativa

Intoxicação alcoólica aguda

Intoxicação patológica

“Más viagens” (drogas)

.1 Uso nocivo para a saúde

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite conseqüente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).

Abuso de uma substância psicoativa

.2 Síndrome de dependência

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.

Alcoolismo crônico

Dipsomania

Toxicomania

.3 Síndrome [estado] de abstinência

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

.4 Síndrome de abstinência com delirium

Estado no qual a síndrome de abstinência tal como definida no quarto caractere .3 se complica com a ocorrência de delirium, segundo os critérios em F05.-. Este estado pode igualmente comportar convulsões. Quando fatores orgânicos também estão considerados na sua etiologia, a afecção deve ser classificada em F05.8.

Delirium tremens (induzido pelo álcool)

.5 Transtorno psicótico

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas freqüentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de idéias delirantes (freqüentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave.

Alucinose	ü
Ciúmes	î alcoólica(o)(os)
Paranóia	ì
Psicose SOE	þ

Exclui:

transtornos psicóticos induzidos pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas, residuais ou de instalação tardia (F10-F19 com quarto caractere comum .7)

.6 Síndrome amnésica

Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios.

Psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada

Transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por drogas

Exclui:

psicose ou síndrome de Korsakov não-alcoólica (F04)

.7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

Transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa. Os casos nos quais as primeiras manifestações ocorrem nitidamente mais tarde que o (s) episódio(s) de utilização da droga só deverão ser codificados neste caractere onde existam evidências que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância. Os “flashbacks” podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e freqüentemente de muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

Demência:

alcoólica SOE

e outras formas leves de alterações duradouras das funções cognitivas

“Flashbacks”

Síndrome cerebral crônica de origem alcoólica

Transtorno (da) (das):

afetivo residual

·percepções persistentes induzidos pelo uso de alucinógenos

·personalidade e do comportamento residual

·psicótico de instalação tardia, induzido pelo uso de substâncias psicoativas

Exclui:

estado psicótico induzido pelo álcool ou por substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .5)

síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .6)

Disponível no site http://www.fau.com.br/cid/webhelp/f10_f19.htm, acesso em 20 de outubro/2009.

F70-F79 Retardo mental

Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar um outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independentemente.

Usar código adicional, se necessário, para identificar as afecções associadas, por exemplo, autismo, outros transtornos do desenvolvimento, epilepsia, transtornos de conduta ou uma incapacidade física grave.

As seguintes subdivisões de quarto caractere devem ser usadas com as categorias F70-F79 para identificar a extensão do comprometimento comportamental:

. Menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento

.1 Comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento

.8 Outros comprometimentos do comportamento

.9 Sem menção de comprometimento do comportamento

F70.- Retardo mental leve

[Ver subdivisões no início do agrupamento]

Amplitude aproximada do QI entre 50 e 69 (em adultos, idade mental de 9 a menos de 12 anos). Provavelmente devem ocorrer dificuldades de aprendizado na escola. Muitos adultos serão capazes de trabalhar e de manter relacionamento social satisfatório e de contribuir para a sociedade.

Inclui:

atraso mental leve

debilidade mental

fraqueza mental

oligofrenia leve

subnormalidade mental leve

F71.-Retardo mental moderado

[Ver subdivisões no início do agrupamento]

Amplitude aproximada do QI entre 35 e 49 (em adultos, idade mental de 6 a menos de 9 anos). Provavelmente devem ocorrer atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas a maioria dos pacientes aprendem a desempenhar algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais e adquirir habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas. Os adultos necessitarão de assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade.

Inclui:

atraso mental médio

oligofrenia moderada

subnormalidade mental moderada

F72.-Retardo mental grave

[Ver subdivisões no início do agrupamento]

Amplitude aproximada de QI entre 20 e 40 (em adultos, idade mental de 3 a menos de 6 anos). Provavelmente deve ocorrer a necessidade de assistência contínua.

Inclui:

atraso mental grave

oligofrenia grave

subnormalidade mental grave

F73.-Retardo mental profundo

[Ver subdivisões no início do agrupamento]

QI abaixo de 20 (em adultos, idade mental abaixo de 3 anos). Devem ocorrer limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.

Inclui:

atraso mental profundo

oligofrenia profunda

subnormalidade mental profunda

F78.- Outro retardo mental

[Ver subdivisões no início do agrupamento]

F79.- Retardo mental não especificado

[Ver subdivisões no início do agrupamento]

Inclui:

deficiência mental SOE

oligofrenia SOE

subnormalidade mental SOE

Disponível no site: http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f70_f79.htm, acesso em outubro/2009.