

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

QUÉLEN CRISTINA SCHNEIDER

FATORES QUE INTERFEREM NA MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO

PSIQUIÁTRICO PÓS-ALTA: uma revisão bibliográfica

Porto Alegre

2004

QUÉLEN CRISTINA SCHNEIDER

FATORES QUE INTERFEREM NA MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO

PSIQUIÁTRICO PÓS-ALTA: uma revisão bibliográfica

Trabalho de Conclusão da
Disciplina de Estágio Curricular ENF
99003 da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dra. Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2004

AGRADECIMENTO

Gostaria, primeiramente, agradecer e dedicar este trabalho aos meus pais, Nelson e Dulci Schneider, pelo carinho, compreensão e paciência recebido ao longo destes anos.

Aos funcionários do Serviço de Enfermagem Psiquiátrica, enfermeiros, técnicos e a Regina Barbisan chefe do serviço, por terem me acolhido nestes dois últimos anos de minha vida acadêmica.

À minha orientadora Agnes Olschowsky, uma pessoa especial em minha vida, a qual me ensinou muitas coisas, entre elas o poder e o valor de ser uma enfermeira.

Cada pessoa, em sua existência, pode ter duas atitudes: construir ou plantar. Os construtores podem demorar anos em suas tarefas, mas um dia terminam aquilo que estavam fazendo. Então param, e ficam limitados por suas próprias paredes. A vida perde sentido quando a construção acaba. Os que plantam sofrem com as tempestades, as estações e raramente descansam. Mas ao contrário de um edifício, o jardim jamais para de crescer. E ao mesmo tempo em que exigem a atenção do jardineiro, também permite que, para ele, a vida seja uma grande aventura.

Autor desconhecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVO	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 O Processo de Saúde e Doença Mental no Contexto Histórico.....	10
3.2 Tratamento Psiquiátrico	13
3.2.1 Psicoterapia	13
3.2.2 Psicofarmacoterapia	16
3.2.3 Terapia Somática: eletroconvulsoterapia	16
3.4 Relacionamento Terapêutico	20
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipos de Estudo	22
4.2 Levantamento de Dados	23
4.3 Análise de Dados	24
4.4 Considerações Éticas	24
5 ANÁLISE DOS DADOS	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo será realizada uma pesquisa bibliográfica com a finalidade de apresentar fatores que interferem na manutenção do tratamento psiquiátrico.

O interesse em esclarecer essas dúvidas surgiu durante estágio voluntário na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A partir do convívio com os pacientes observei que a maioria deles não estava ali pela primeira vez. Conversando com a equipe e verificando nos prontuários, pude então perceber que havia uma história de internações repetidas.

Obtendo essa informação um fato começou a instigar-me: o que estaria acontecendo para que ocorressem tantas reinternações?

Refletindo sobre este questionamento, pensei em algumas hipóteses: má utilização da medicação, não comparecimento às consultas ambulatoriais, faltas de um apoio familiar ou de sua rede social, ocasionado pelo preconceito em relações aos portadores de doença mental.

A partir dessas reflexões instiga me, neste estudo, conhecer/estudar quais fatores que dificultam a continuidade do tratamento do doente mental.

Em relação ao tratamento psiquiátrico, pode se dizer que a saúde mental utiliza modelos conceituais para organizar conhecimentos e dados para aplicar o tratamento. Modalidades de tratamento que podem ser citadas são: psicoterapia, psicofármacos e terapias somáticas, no caso desta a mais conhecida e utilizada é a eletroconvulsoterapia (ECT), algumas vezes diferentes modalidades são associados para que ocorra um melhor atendimento ao portador de transtorno psíquico (Stuart e Laraia, 2001).

A psicoterapia, segundo Teixeira (1997), trata-se de um projeto controlado e contínuo, realizada por psicólogo, psiquiatra ou profissionais preparados para tal. Requer troca de informações entre os envolvidos, em uma linguagem simples, respeitando regras estabelecidas entre paciente e profissionais. O principal objetivo é a diminuição dos conflitos e sofrimentos do paciente, priorizando sua independência. Existem algumas formas de psicoterapia: psicoterapia de apoio, psicanálise, terapia cognitiva, terapia comportamental, de grupo, de família, entre outras.

O uso de psicofármacos no tratamento dos transtornos mentais, a partir dos anos 50, mudou radicalmente a falta de perspectivas que até então prevalecia no campo da psiquiatria e da saúde mental, provocando uma ampla reformulação das concepções e práticas vigentes, de tal forma que na atualidade, conhecer os medicamentos existentes, as evidências que embasam seu uso, são essenciais para um efetivo trabalho nesta área, mesmo para aqueles profissionais que se dedicam preferentemente à prática psicoterápica (Stuart e Laraia, 2001). A decisão de utilizar ou não um psicofármaco depende antes de tudo do diagnóstico que o paciente apresenta, incluindo eventuais comorbidades. Para muitos transtornos os medicamentos são o tratamento preferencial, como na esquizofrenia, no transtorno bipolar, em depressões graves ou no controle de ataques de pânico. Em outros, como nas fobias específicas, transtornos de personalidade, problemas situacionais, as psicoterapias podem ser a primeira opção. E em muitas situações o ideal talvez seja a combinação de ambos os métodos. Nas situações práticas o clínico procurará escolher, dentre as drogas que pesquisas bem conduzidas verificaram ser eficaz para o transtorno que o paciente apresenta, a mais apropriada, levando em conta, além do diagnóstico, o perfil

dos sintomas, a resposta em usos anteriores, a idade, a presença de problemas físicos, outras drogas em uso com as quais a nova droga possa interagir (Cordioli, 2000).

Cordioli (2000) refere que uma vez escolhida a droga, definidos os sintomas alvo, o clínico fará um plano de tratamento que envolve a fase aguda, a manutenção e as medidas para prevenção de recaídas. Deverá ainda ter em mente as doses que irá utilizar em cada uma destas fases, o tempo necessário e os critérios nos quais se baseará para concluir sobre a efetividade ou não da droga, bem como a opção de associar ou não outras estratégias terapêuticas. Com estas decisões e alternativas em mente irá expor seu plano ao paciente e muitas vezes também aos familiares, com o objetivo preliminar de obter sua adesão. A maioria das pessoas tem dúvidas e receios em relação ao uso de medicamentos, especialmente se for por longo prazo. Ao esboçar o plano de tratamento é importante dispor de algum para dar informações sobre a natureza do transtorno, a indicação do medicamento, as evidências de sua eficácia, o que se espera com seu uso, o tempo necessário para se observar o efeito, os possíveis efeitos colaterais e as medidas que podem ser adotadas para reduzi-los. Dissipar tais dúvidas, além de fortalecer a relação com o paciente (e a aliança de trabalho) é indispensável para a adesão e para evitar interrupções precoces. Os principais psicofármacos em uso na atualidade: ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos ou neurolépticos e estabilizadores do humor.

Outra questão que julgo ser muito importante, para que se obtenha uma resposta satisfatória a adesão do tratamento pós-alta hospitalar, é o vínculo terapêutico. Visto que a enfermagem está ao lado do paciente na maior parte do tempo, durante a internação, o enfermeiro utiliza-se do relacionamento terapêutico, ferramenta de seu trabalho que pode facilitar o entendimento da importância e necessidade da manutenção do tratamento. Stuart e Laraia (2002) referem que o relacionamento terapêutico é uma experiência de

aprendizado mútuo e uma experiência emocional corretiva par o paciente. As fases do relacionamento são: fase de pré-interação, fase introdutória ou de orientação, fase de trabalho e a fase de encerramento. A enfermeira deve desenvolver certas habilidades para conduzir um bom relacionamento terapêutico, incluindo um comportamento verbal e não-verbal e as atitudes e sentimentos. As interações terapêuticas possuam elementos comuns, mas são desenvolvidas de modo diferente com cada paciente, pois devemos ter consciência de que cada pessoa é única com características individuais, interagindo, assim, de modo a desenvolver e refletir um entendimento sobre seu comportamento, seus sentimentos e sua participação e responsabilidade com seu tratamento

Penso, que através do conhecimento do que tem sido produzido sobre a assistência psiquiátrica, podemos nos instrumentar na identificação de fatores que tem interferido na manutenção das intervenções pós-alta e, deste modo, estar implementando a assistência da área e sua continuidade, o que justifica este trabalho.

2 OBJETIVO

Identificar na literatura existente os fatores que interferem na manutenção do tratamento psiquiátrico pós-alta.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O processo de Saúde e Doença Mental no Contexto Histórico

A compreensão da doença mental tem passado por diversas fases dentro da história da humanidade. Na antigüidade pré-clássica, segundo Teixeira (1997) as doenças eram explicadas como resultantes da ação sobrenatural; a partir de 600 a.C., os filósofos gregos trouxeram a idéia organicionista da loucura e até o começo da Idade Média o tratamento dispensado era de apoio e conforto aos doentes mentais.

No final da Idade Média até a Idade Moderna houve uma mudança radical desses conceitos e o doente mental passou a ser visto como um possuído pelo demônio, dessa forma o tratamento antes humanitário foi mudado para espancamentos, privação de alimentos, tortura generalizada e indiscriminada, aprisionamento dos doentes para que estes se livrassem dessa possessão. No século XVII já existiam hospitais para os excluídos socialmente, grupo constituído pelos doentes mentais, criminosos, mendigos, inválidos, portadores de doenças venéreas e libertinos. Embora a loucura tivesse passado do campo mitológico para o âmbito médico, ainda a medicina não tinha elementos para defini-la. No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, libertou os doentes mentais das correntes, os asilos foram substituídos pelos hospitais destinados somente aos doentes mentais. Desenvolveram-se com isso várias experiências e formas de tratamento nos

hospitais La Bicêtre e Salpêtrière que se difundiram da França para o resto da Europa (Kaplan, 1986).

O tratamento no manicômio, de acordo com Pinel deveria ser de reeducação do alienado, implicando respeito às normas e desencorajamento das condutas inconvenientes. “A função disciplinadora do manicômio e do médico deve ser exercida como um perfeito equilíbrio entre firmeza e gentileza. Mais ainda, a permanência demorada do médico em contato com os doentes melhora seu conhecimento sobre os sintomas e sobre a evolução da loucura”, afirmava Pinel. (Teixeira, 1997, p. 15).

Porém com o passar do tempo houve uma leitura modificada do tratamento moral de Pinel, nas quais as idéias corretivas para o comportamento dos hábitos dos doentes passaram a serem recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No início do século XIX o tratamento do doente era uma releitura distorcida do tratamento moral de Pinel, utilizando medidas físicas e higiênicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias como assistência psiquiátrica.. A partir deste período, prevaleceram as teorias organicionistas da doença mental decorrentes de descobertas experimentais da neurofisiologia e da anatomia patológica (Taylor, 1992).

Muitas formas de tratamento e inovações foram introduzidas naquela época tais como Insulinoterapia de Sakel, e a eletroconvulsoterapia de Ugo Cerletti, entre outros. (Taylor, 1992).

No que se refere a assistência em enfermagem ao doente mental, segundo Teixeira (1997), em 1952 teve início um trabalho que preconizava o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente, a assistência deixa de ser voltada aos cuidados físicos, à vigilância e contenção e vai centrar-se nas relações interpessoais.

Na atualidade, a assistência psiquiátrica tem como diretrizes orientadoras a saúde como direito, a universalidade, a equidade, a integralidade, a humanidade da atenção, a interdisciplinariedade e a resolutividade, buscando ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, desenvolvendo seus tratamentos na atenção básica, prioritariamente, em ambulatórios especializados, em Centro de Atenção Psicossocial, leitos de hospital-dia, pronto atendimento e serviço residencial terapêutico.

3.2 Tratamento Psiquiátrico

3.2.1 Psicoterapia

Psicoterapias segundo Cordioli (1998) consistem em métodos de tratamento utilizados para de natureza emocionais, onde uma pessoa capacitada utiliza meios psicológicos, estabelece uma relação profissional com a pessoa que busca ajuda. Seu objetivo é remover ou modificar sintomas existentes, retardar seu aparecimento, corrigir padrões disfuncionais de relações interpessoais e promover o crescimento e o desenvolvimento da personalidade, especialmente são utilizadas a comunicação verbal e a relação terapêutica visando com que o paciente modifique suas emoções, pensamentos, atitudes e comportamentos desadaptativos. As psicoterapias são utilizadas por diferentes profissionais, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais entre outros..

As psicoterapias segundo Cordioli (1998) mais utilizadas são as baseadas na teoria psicanalítica (psicanálise), de orientação analítica, a psicoterapia breve dinâmica, a interpessoal, a de apoio de curta duração (intervenção ou apoio em crise), de apoio de longa duração, comportamental, cognitiva, familiar e de casal e de grupo.

A psicoterapia psicanalítica baseia-se nas teorias de Freud sobre um inconsciente dinâmico e sobre o conflito psicológico. O objetivo principal é ajudar o paciente a desenvolver insight para os conflitos que estão inconscientes, fundamentados em desejos não resolvidos, e a desenvolver padrões mais adultos e conscientes de interação e

comportamento (Kaplan, 1998). Destina-se ao tratamento de doenças crônicas, com origem no passado, em especial na relação com os pais, mesmo tendo se manifestado no presente.

A psicoterapia de orientação analítica, segundo Cordioli, baseia-se nos mesmos princípios da psicanálise com objetivos um pouco distintos como resolução de conflitos selecionados e delimitados, remoção de defesas patológicas, promoção de crescimento em pessoas com atraso nas tarefas evolutivas e na correção de problemas psicopatológicos ou déficits adquiridos em etapas anteriores. Recomendada para pessoas com traços de personalidade que causam prejuízo nas relações interpessoais, familiares e profissionais.

Kaplan (1998) refere que a psicoterapia breve dinâmica consiste em um tratamento a curto prazo, por um período inferior a um ano, também baseada em teorias freudianas, tem como objetivo desenvolver insight para conflitos básicos, acarretando alterações psicológicas e comportamentais. Indicada para pacientes com transtorno de ajustamento de personalidade leve e situações ou problemas agudos.

A terapia interpessoal foi desenvolvida segundo (Cordioli, 1998) para o tratamento da depressão e os problemas interpessoais identificados nesta, como: luto e perdas mal elaboradas, conflitos interpessoais mal resolvidos, transição de papéis e déficits interpessoais.

A psicoterapia de apoio pode ser dividida entre curta duração e longa duração. A de curta duração segue a teoria das crises, o objetivo desta é manejar a crise, tornando o indivíduo mais fortalecido para enfrentar novas situações semelhantes no futuro, é utilizada no atendimento de situações agudas cujos objetivos são: alívio dos sintomas, prevenção de descompensações maiores, desenvolvimento de capacidade de enfrentar melhor futuras crises e restauração do nível prévio de equilíbrio (Cordioli, 1998). Já na terapia de longa duração são explicadas várias mudanças que se observam nos pacientes, tem como objetivo

restaurar o nível prévio de funcionamento, reforçar mecanismos de defesa adaptativos, promover o crescimento e reforçar a personalidade (Kaplan, 1998)

No que se refere a psicoterapia comportamental (Kaplan, 1998) menciona que seu pressuposto básico dessa terapia é de que o comportamento mal-adaptativo pode mudar sem que aja um insight de suas causas básicas. É fundamentada nos princípios da teoria da aprendizagem, incluindo o condicionamento clássico e operante, onde o operante repousa na premissa de que o comportamento é moldado, se ele é reforçado aumenta, se punido, diminui e se não propicia uma resposta, extingue-se, já o condicionamento clássico está baseado na premissa de que um comportamento é moldado ao ser associado ou desligado de estímulos ansiogênicos.

A terapia familiar e de casal baseia-se, conforme referencia Cordioli (1998), na teoria geral dos sistemas da comunicação, dos pequenos grupos, na teoria psicodinâmica e comportamental. Tem por objetivo melhorar a comunicação entre os membros da família desenvolver a autonomia e a individualização dos indivíduos envolvidos, descentralizar e tornar flexível os padrões de liderança e tomada de decisão.

No caso da psicoterapia de grupo, essa segundo Kaplan (1998) tem por base inúmeras teorias. Pode haver a resolução de questões tanto individuais quanto interpessoais. Fatores terapêuticos incluem identificação, universalização, aceitação, altruísmo, transferência, teste de realidade e ventilação.

3.3.2 Psicofarmacoterapia

A farmacoterapia segundo Kaplan (1998) é uma das áreas que rapidamente evoluíram nos últimos tempos. As terapias medicamentosas no transtorno mental podem ser classificadas como tentativa de corrigir ou modificar comportamentos, pensamentos ou humores patológicos por meios químicos. Os principais psicofármacos em uso na atualidade são: ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos ou neurolépticos e estabilizadores do humor.

Segundo Kaplan (1998) as drogas de escolha para o tratamento da ansiedade são benzodiazepínicos e a buspirona. Cordioli (2000) refere que quase todos os benzodiazepínicos têm propriedades farmacológicas semelhantes: todos possuem efeitos sedativos, ansiolíticos e hipnóticos. São ainda relaxantes musculares, anticonvulsivantes, podendo produzirem dependência e reações de abstinência. A buspirona é uma droga do grupo das azapironas, foi lançada com a expectativa de não apresentar os inconvenientes dos benzodiazepínicos: sedação e dependência. E, efetivamente não induz sedação, prejuízo cognitivo ou psicomotor, dependência física ou tolerância e não interage com o álcool.

Os antidepressivos têm se constituído num importante recurso terapêutico, especialmente em depressões de intensidade moderada ou grave. Os primeiros antidepressivos foram lançados no mercado no final da década de 50, pertencendo ao grupo dos tricíclicos, e se caracterizam por terem inúmeras ações neuroquímicas, provocando reações adversas. Atualmente, temos novos antidepressivos que atuam de forma mais específica, apresentando menos efeitos colaterais e, conseqüentemente, melhor tolerância. Os antidepressivos também são utilizados cada vez mais em outros transtornos como no

transtorno do pânico, obsessivo-compulsivo, de ansiedade generalizada e de estresse pós-traumático.(Cordioli, 2000).

Os antipsicóticos são indicados, segundo Marcolin (1998), na esquizofrenia (episódios agudos, tratamento de manutenção, prevenção de recaídas), nos transtornos delirantes, em episódios agudos de mania com sintomas psicóticos ou agitação, no transtorno bipolar do humor, na depressão psicótica em associação com antidepressivos, em episódios psicóticos breves, em psicoses induzidas por drogas, psicoses cerebrais orgânicas, controle da agitação e da agressividade em pacientes com retardo mental ou demência.

Cordioli (2000) refere que o lítio é utilizado no tratamento e na profilaxia de episódios agudos tanto maníacos como depressivos do transtorno do humor bipolar, na ciclotimia, como potencializador dos antidepressivos em pacientes com depressão maior unipolar, que respondem parcialmente ou não respondem aos antidepressivos, em episódios de agressividade e de descontrole do comportamento. O ácido valpróico é um anticonvulsivante tradicionalmente utilizado na epilepsia: crises de ausência simples ou complexas, e também tem sido indicado em quadros maníacos. A carbamazepina é outro fármaco anticonvulsivante, que vem sendo utilizada no tratamento de quadros maníacos.

3.3.3 Terapia somática: eletroconvulsoterapia

Segundo Teixeira (1997) com o surgimento das terapias biológicas e a ampliação dos conhecimentos em neurociências, o interesse pelas terapias somáticas aumentou. A eletroconvulsoterapia (ECT) é a terapia somática mais utilizada, sendo um tratamento indicado para pacientes com transtorno depressivo maior, episódios maníacos, esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos. É um procedimento que consiste na indução de convulsões generalizadas, pela passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro. A decisão quanto a sugerir ou não ECT a um paciente, como qualquer outro procedimento, deve fundamentar-se nas opções de tratamento disponíveis e nas considerações sobre riscos e benefícios. A ECT, quando bem indicada, demonstrou ser um tratamento seguro e eficaz para uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos.

O início do desenvolvimento da ECT, segundo Stuart e Laraia (2001), ocorreu em 1934, quando Ladislav von Meduna (1896-1964) relatou o tratamento bem sucedido da catatonia e de outros sintomas esquizofrênicos com convulsões induzidas farmacologicamente. Meduna utilizou e implementou a utilização desse método com base nas observações prévias de que os sintomas esquizofrênicos freqüentemente diminuam após uma convulsão.

O número de sessões de ECT é variável, sendo medido por meio da resposta clínica. Em média, são necessárias de 8 a 12 sessões. Contudo, alguns pacientes necessitam até 20 sessões. Os tratamentos são administrados no início da manhã, em dias alternados, duas ou três vezes por semana (Kaplan, 1998). A dosagem elétrica utilizada deve ser aquela necessária para desencadear uma crise convulsiva tônico-clônica que dure um mínimo de

25 a 30 segundos. O limiar convulsivo varia muito entre os pacientes, sendo influenciado por fatores como idade, sexo, posição dos eletrodos e medicações utilizadas.

3.4 Relacionamento Terapêutico.

Segundo Taylor (1992), o uso que a enfermeira faz de si mesma, de sua própria personalidade pode ter uma grande influência terapêutica na experiência do cliente, se ele usar de compreensão e habilidade. Essa é a uma ferramenta exclusiva da enfermeira.

O relacionamento terapêutico, conforme menciona Stuart e Laraia (2002) tem objetivos os quais são direcionados no sentido do crescimento do paciente e incluem a auto-realização, auto-aceitação e o auto-respeito. Tem entre seus objetivos aumentar o senso claro da identidade pessoal e integração do paciente, capacidade de formar relacionamentos íntimos, aumentar a satisfação das suas necessidades de forma realista.

Conforme os autores citados, são qualidades pessoais específicas para a enfermagem ser terapêutica: autoconsciência, esclarecimento dos valores, exploração dos sentimentos, capacidade de servir como exemplo, motivação altruísta. O relacionamento terapêutico constitui-se em 4 fases: pré-interação, introdução ou orientação, trabalho e término. Na pré-interação, o enfermeiro explora seus próprios sentimentos, fantasias e medos, analisando seus pontos fortes e limitações em relação ao paciente e também obtém dados sobre ele., obtendo dados sobre o paciente. Durante a introdução ou orientação busca-se o esclarecimento da confiança, aceitação e comunicação franca, explorando sentimentos, pensamentos e ações do paciente, identificando problemas e definido objetivos Na fase de trabalho, investigam-se os fatores estressores relevantes, promovendo o desenvolvimento de mecanismos de adequação construtivos do paciente. Na fase de término inicia-se a separação, analisando o progresso da terapia.

Sabendo criar e estabelecer um bom relacionamento terapêutico a enfermeira terá mais facilidade para esclarecer e orientar os pacientes quanto a importância do tratamento e a continuidade dele, pois esta interação facilita o vínculo do paciente e, conseqüentemente, facilita a responsabilidade e parceria no tratamento psiquiátrico de ambos: enfermeiro e paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipos de estudo

O presente estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa bibliográfica que, segundo GIL (1999), é realizada a partir de materiais já elaborados em revista, publicações avulsas e imprensa escrita, com o objetivo de permitir ao pesquisador aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto em questão.

De acordo com o autor em questão, a pesquisa bibliográfica é composta pelas seguintes fases:

- a) Formulação do problema: quando utilizamos a pesquisa bibliográfica para melhorar a visão do problema, para torná-lo mais específico ou construir hipóteses;
- b) Elaboração do plano: orienta os procedimentos após a definição dos objetivos;
- c) Identificação das fontes: identifica as fontes que fornecem respostas para a solução do problema. É a procura de catálogos de livros, publicações e especialistas que realizam pesquisa na área em estudo;
- d) Localização e obtenção do material: consulta em livrarias ou compra de material em livrarias;
- e) Leitura do material: inicialmente, leitura exploratória, após, leitura seletiva, analítica e interpretativa;

- f) Confeccionar fichas de leitura: para identificar obras consultadas, registrar o conteúdo e comentários e ordenar os registros;
- g) Estruturar a construção lógica do trabalho: classificação das fichas e agrupamento divididos em assuntos;
- h) Redigir o texto: alguns aspectos devem ser considerados como conteúdo, estilo e grafia.

4.2 Levantamento de dados

O levantamento bibliográfico foi realizado através dos resumos dos trabalhos dos periódicos nacionais, veiculados no Sistema da Literatura Latini-Americana em Ciências da Saúde (LILACS).

A consulta bibliográfica foi realizada no dia 27/08/2004 e repetida em 15/10/2004. Inicialmente utilizou-se as palavras saúde mental e tratamento, resgatando com esta consulta encontrou-se 263 artigos, refinando a pesquisa utilizou-se o termo continuidade, obtendo-se 7 artigos. Acrescentando-se ainda a enfermagem obtivemos apenas 1 artigo, o qual já tinha sido referenciado na busca anterior.

4.3 Análise de Dados

Para análise dos 7 artigos encontrados, conforme Gil (1999), realizou-se:

Leitura exploratória e seletiva: verificou-se que todos interessavam à pesquisa por conterem em seus resumos as expressões saúde mental, tratamento, continuidade e enfermagem.

Leitura analítica: buscou-se a identificação das idéias centrais, agrupamento por idéia, análise das informações, interpretando o que os artigos afirmavam, relacionando-os com o problema do estudo, ou seja, quais fatores são os fatores que interferem na manutenção do tratamento psiquiátrico pós-alta.

4.4 Considerações éticas

As questões éticas foram preservadas a medida em que os autores consultados serão referenciados no texto.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo é apresentada a análise dos artigos publicados, conforme descrito na metodologia.

Durante a leitura exploratória, selecionei 7 artigos que continham em seus resumos expressões saúde mental, tratamento, continuidade e enfermagem.

Na classificação destes artigos por tipo de metodologia encontrei as seguintes classificações:

- 1 revisão bibliográfica (estudo baseado em consulta bibliográfica);
- 1 ensaio clínico (estudo que se baseia unicamente na experiência do autor);
- 4 pesquisas qualitativas (estudo de crenças, valores, percepções, representações e sentidos atribuídos);
- 1 pesquisa quantitativa (baseada em hipóteses claramente indicadas e variáveis que são objeto de definição operacional).

Na identificação das idéias centrais , verificou-se :

- Amaral (1997) realizou um estudo epidemiológico descritivo de pacientes egressos de um hospital psiquiátrico encaminhados aos centros de saúde para continuidade do tratamento.

- Contal e Villas-Boas (1999) apresentam a descontinuidade do tratamento psiquiátrico causada pela falta de apoio familiar. Assim, realizaram um estudo em um Hospital-Dia com a finalidade de promover uma integração do familiar e do doente mental, buscando uma maior adesão ao tratamento.
- Dalgalarrodo et al. (2003) revisam dados sociodemográficos e clínicos de pacientes internados em unidade de internação psiquiátrica de hospital geral, com o intuito de identificar êxito ou fracasso da internação e a preparação do paciente para a manutenção do tratamento.
- Frey, Mabile e Eizirik (2004) realizaram um estudo bibliográfico sobre a integração entre psicoterapia e a psicofarmacologia, como uma resposta mais efetiva para manutenção do tratamento.
- Kantorski, Pinho e Machado (2001) trazem as discussões dos grupos de trabalho em um seminário sobre ensino de enfermagem psiquiátrica. Na análise dessas temáticas a falta de continuidade no tratamento dos pacientes foi relatada.
- Lima e Botega (2001) fazem um estudo prospectivo da população internada em um hospital-dia em relação aos fatores que podem influenciar na má adesão ao tratamento.
- Lima et al. (2001) avaliam a eficácia e a tolerabilidade dos betabloqueadores, benzodiazepínicos e anticolinérgicos, comparando ao placebo e entre si, no tratamento de acatisia induzida por antipsicóticos, independente da idade ou

diagnóstico, visto que esse efeito adverso pode predispor a pobre adesão ao tratamento e, conseqüentemente, recaída.

A seguir dou andamento para a análise das informações contidas nos artigos selecionados, interpretando-os e relacionando-os com o problema do estudo, cujo são os fatores que interferem na manutenção do tratamento psiquiátrico pós-alta de uma unidade de internação psiquiátrica.

Amaral (1997) em seu estudo apresenta o Serviço de saúde Cândido Ferreira, um complexo de atenção à saúde mental, que atende a clientela ambulatorial e de internação na crise, tendo como concepções de seu trabalho a “reinvenção da saúde” e “a reprodução social do paciente”.

Para avaliar a continuidade do tratamento na rede básica a autora selecionou um grupo de 150 pacientes com alta de uma unidade de internação psiquiátrica e referenciados para que continuassem seu tratamento ao posto de saúde. Da amostra total, em um período de quatro meses, ocorreram 37 reinternações, representando um total de 24,7% do total de pacientes da amostra. A maior prevalência ocorreu entre os psicóticos (32,5%), sendo que os alcoolistas ou com outros diagnósticos obtiveram a percentagem de 15,7 % nas reinternações

O artigo aponta duas dificuldades relacionadas aos problemas das diretrizes de política em saúde mental. A primeira se refere à dificuldade na gestão da definição de prioridades de atendimento nos centros de saúde aos pacientes mais graves x de menor gravidade. Frente a dificuldade de priorizar atendimentos, o processo de trabalho da equipe,

defronta-se com a segunda, o agendamento da consulta pós-alta que resulta em uma espera média de 15 dias.

Esses problemas nos mostram a necessidade de conhecermos a complexidade da assistência psiquiátrica, na qual o sistema de saúde deve buscar a implementação da referência e contratransferência, como um fator importante na continuidade do tratamento.

Contal e Villas-Boas (1999) referem que ao observarem a pouca adesão ao tratamento em um determinado hospital dia psiquiátrico de Ribeirão Preto, decidiram criar um grupo de apoio familiar.

Este grupo tinha como objetivo a colaboração dos familiares no o tratamento. Tinha cinco finalidades: ensinar sobre o diagnóstico psiquiátrico e sua expressão como distúrbio mental, fazendo com que os familiares compreendam o paradigma de tratamento psicossocial e medicamentoso dos seus pacientes; ajudar a melhorar o desempenho psicossocial dos pacientes em casa e nas relações sociais de modo geral; diminuir os níveis de emoção expressa quando expostos aos sintomas ou comportamentos desadequados dos pacientes e aumentar o interesse e apoio pelos comportamentos adaptados e saudáveis do paciente.

O grupo era coordenado por um médico e uma enfermeira psiquiátrica, Nos cinco meses de observação, contou com 33 familiares, havendo 20 encontros, com a frequência de 80% dos familiares. Mulheres, em especial mães, constituíram as presenças mais constantes e predominantes, com mais de 80% de participação.

Os autores relatam a eficácia e a importância do grupo com familiares, facilitando as interações de família, pacientes e equipe de profissionais.

Os dados apresentados neste artigo apontam que a participação dos familiares junto ao tratamento do paciente, os resultados terapêuticos são melhores.

Dalgalarrondo et al. (2003) em seu estudo citam o processo de reestruturação da atenção à saúde mental, na qual os hospitais psiquiátricos deixam de serem a base da assistência, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares. Os autores realizaram um estudo em uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral, em que utilizavam psicofarmacologia, terapia somática e ambiente terapêutico em suas intervenções. Com índice de 26,75% de reinternações de seus pacientes, realizaram uma análise dos riscos que estavam ocasionando o retorno ao quadro agudo, e consequentemente, internação.

Os resultados mostraram que os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos tem 2,2 vezes mais risco de um desfecho pior do que os com menos de 60 anos. Os pacientes que não exercem função social tem 1,7 vez mais riscos de um desfecho pior do que os que exercem. Os pacientes com diagnóstico de transtorno psicorgânico tem 2,7 vezes mais risco de um desfecho pior do que os pacientes com transtornos de humor.

Observou-se nesta pesquisa que 3 variáveis apresentam correlação com o fato de ocorrerem as reinternações: faixa etária, exercício de função social e diagnóstico. Acredito que estes dados demonstram que durante a internação hospitalar em uma unidade psiquiátrica e após a alta os indivíduos idosos, com menos habilidade sociais e com transtornos psiquiátricos cuja base são alterações cerebrais, necessitem de intervenções

voltadas para a reabilitação psicossocial, como treinamento em habilidades sociais e apoio para seus cuidadores.

Frey, Mabilde e Eizirik (2004) apresentam em seu artigo o uso concomitante da psicoterapia e de medicação com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento.

Nesta investigação os autores abordam os significados negativos da psicofarmacoterapia para os pacientes que os levam a descontinuidade do tratamento. Referem que no caso dos pacientes deprimidos a prescrição de medicação pode implicar em sentimentos de punição, confirmação de crenças auto-acusatórias, reforçando tendências masoquistas, ou resignação ao sofrido sentimento de solidão e isolamento. Já que a medicação poderia estar substituindo o relacionamento interpessoal. Para os pacientes com transtorno de humor bipolar na fase maníaca, a medicação pode interromper a busca à gratificação, retirar o poder criativo e grandioso, e pôr em risco o sentimento de euforia e bem-estar que o defende da depressão. Pacientes que se apresentam delirantes podem ter a fantasia de estarem sendo envenenados, manipulados, seduzidos ou rejeitados.

Os autores relatam que o triângulo entre pacientes, psicoterapeuta e psicofarmacologia pode gerar muitas transferências negativas do paciente em relação aos profissionais. O paciente poderá interpretar que o terapeuta está desistindo do seu caso ou que sua doença não tem solução. Devido a esses impasses nesta pesquisa é recomendado que o analista, além de realizar a psicoterapia, também prescreva a medicação, visto que o na prática psicoterápica, é mantida uma proximidade às experiências emocionais do paciente.

Esta experiência demonstra a necessidade que um único profissional assumira duas modalidades de tratamento, a psicoterapia e psicofarmacoterapia, visto que os pacientes com sofrimento psíquico apresentam muitas dificuldades para aderir a terapia. A integração entre o paciente e seu terapeuta é resultado da capacidade do processo terapêutico de absorver e integrar todos os dados e aspectos da personalidade do paciente, facilitando, desse modo, possível a evolução e o aprofundamento do tratamento.

Kantorski, Pinho e Machado (2001) apresentam preocupações de alunos e professores com o modelo assistencial e sua relação com a falta de continuidade do tratamento. Identificam que durante as intervenções assistenciais há pouco contato com a família e as questões são centradas na recuperação do paciente. Trazem a importância do vínculo como um passo importante na recuperação e manutenção do tratamento. Outro problema citado pelos autores é a falta de referência e contra-transferência entre os serviços de saúde, na qual muitos pacientes não são referenciados para nenhum lugar, ficando sem assistência pós-alta e sem manutenção do tratamento psiquiátrico.

O estudo demonstra que a falta de continuidade no tratamento em saúde mental evidencia as fragilidades na oferta dos serviços psiquiátricos e salienta a importância da família no tratamento.

Lima e Botega (2001) realizam um estudo em um hospital-dia com o objetivo de conhecer o público atendido, investigando a melhora dos pacientes atendidos nessa modalidade de tratamento.

Esta pesquisa avaliou prospectivamente 34 pacientes admitidos ao longo de um ano, da internação à alta. Desses 44 já haviam internado em hospital psiquiátrico, apresentando a

média de 5,5 internações. Analisando os motivos de reinternações encontraram: isolamento social, diminuição de atividades gerais e domésticas e baixa renda familiar.

Lima et al. (2001) ao observarem que a acatisia incluía-se em uma das principais causas do abandono do tratamento pelo paciente psiquiátrico realizaram uma pesquisa com o objetivo de localizar estudos que avaliassem a eficácia e tolerabilidade dos betabloqueadores, benzodiazepínicos e anticolinérgicos, comparando-os ao placebo e entre si.

A acatisia trata-se de um transtorno de movimentos relacionado ao sistema motor e caracterizado por sensação subjetiva de inquietude interna, irritabilidade ou disforia que podem ser intensas. Associa-se à sensação física e objetiva de desassossego e a movimentos não discenéticos, incluindo balanço alterado dos pés, caminhar no mesmo lugar, movimentos no sentimento ântero-posterior do tronco ou balanço alterado das pernas quando sentado.

Foram identificados 22 estudos controlados e 13 artigos. Dentre os artigos, sete compararam betabloqueadores ao placebo, dois compararam benzodiazepínicos ao placebo, um à não reintervenção, três compararam anticolonérgicos ao placebo, e nove as intervenções em si.

Os resultados encontrados sugerem eficácia maior aos benzodiazepínicos (clonazepam) quando comparados aos anticolonérgicos, enquanto o uso de betabloqueadores, no caso o propranolol, parece ser a intervenção terapêutica de maior eficácia e caso os pacientes não responderem a farmacoterapia com betabloqueadores, a utilização de benzodiazepínicos, de forma isolada ou combinada, pode ser considerada.

Visto que a acatisia não é difícil de ser observada nos pacientes que utilizam antipsicóticos, a enfermeira e a equipe de saúde que atende o paciente deverá estar atenta aos sintomas. Além disso, deverá orientar o paciente e familiar antes da alta para a ocorrência de determinado efeito, explicando os sintomas, e as possibilidades de intervenção para aliviar o sofrimento do paciente, oferecendo assim um melhor prognóstico, desfavorecendo as recaídas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de meu interesse em esclarecer o porque da ocorrência de um grande número de reinternações em unidades psiquiátricas, identificando os fatores que interferem na manutenção do tratamento psiquiátrico, realizei o presente estudo.

A pesquisa bibliográfica efetuada possibilitou-me encontrar múltiplos fatores relacionados, evidenciando a necessidade de intervenções junto aos serviços de saúde responsáveis pelo cuidado do doente mental.

Um fator importante, encontrado no estudo, refere-se a políticas de saúde mental, na qual a demanda de pacientes tem encontrado dificuldades na referência/contratransferência dos serviços de saúde, o que ocasiona uma espera no atendimento dos pacientes psiquiátricos e/ou não são encaminhados a nenhum serviço, interferindo de forma negativa ou mesmo inviabilizando a continuidade e adesão a qualquer tratamento

Outro fator apontado neste estudo é a importância da integração da família no cuidado do paciente. Acredito ser uma das funções da enfermeira e da equipe de saúde o acolhimento da família. Pois sua orientação e participação revertem-se numa estratégia que vai fortalecer a continuidade do tratamento. Assim, os grupos de familiares, podem ser visualizados como um elemento chave no benefício e eficácia das intervenções psiquiátricas, pois permitem conhecer melhor o paciente, suas crenças, ambigüidades e incertezas em relação à doença.

Outra questão trazida foi os riscos apresentados pelos pacientes na descontinuidade do tratamento, tendo como consequência reinternações hospitalares. No estudo foi observado que idade igual ou superior a 60 anos, a falta do exercício de funções sociais e diagnósticos de transtornos psicorgânicos interferem na adesão ao tratamento e sua manutenção.

Outro indicativo, que também, justifica o abandono do tratamento são os significados negativos da medicação para os pacientes. Sentimentos como punição, solidão, isolamento, desconfiança e rejeição são apresentadas em relação ao uso sistemático de medicação. Para facilitar a continuidade do uso e manutenção do tratamento é indicado que o profissional que realiza a psicoterapia prescreva as medicações, já que o terapeuta tem maior proximidade com as experiências emocionais do cliente.

Os efeitos colaterais das medicações psiquiátricas também foram identificados como causas de abandono do tratamento. Dentre eles, a acatisia aparece como causa de maior abandono. Como o enfermeiro psiquiátrico tem preparação para identificar os sintomas desse efeito, pode, então, avaliar, orientar o paciente e familiares quanto aos sinais e as intervenções para a diminuição desse desconforto.

Considerando que as políticas de saúde mental, a participação da família, o vínculo com a equipe de saúde, o uso permanente de medicação, pacientes idosos, de baixa renda e sem atividade social são fatores que influenciam a continuidade da assistência psiquiátrica como identificado neste estudo, aponto para a necessidade e importância dos profissionais dessa área, especialmente a enfermeira, quanto a promoção de uma visão crítica e propositiva dessa realidade. Ou seja, é necessário reconhecer que as intervenções de

enfermagem devem ser além de assistenciais e educativas, buscando acolher, orientar paciente, rede de apoio (família e comunidade) e profissionais sobre os riscos na manutenção do tratamento. Atividades, eventos e atitudes que facilitem o conhecimento sobre o transtorno psiquiátrico e seu tratamento, corresponsabilizando todos os atores envolvidos no processo de adesão. Ao mesmo tempo é preciso visualizar limites e ritmos diferentes, pois esses fatores acontecem em uma realidade, a qual requer conhecimento teórico, técnico e, principalmente, do indivíduo que ali está e muito tem a informar para facilitar seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Márcia. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de saúde pública**. v. 31, n3, p 288-290. São Paulo. jun. 1997
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996.
- CONTEL e VILLAS-BOAS, José, Maria. Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. **Revista brasileira de psiquiatria**. v. 21, n. 4. P. 225-230. São Paulo dez. 1999
- CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- Delgalarrondo. et al. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista de saúde pública**. v. 37, n. 5, p. 629-634, São Paulo. out. 2003.
- FREY, MABILDE, EIZIRIK, Benício, Luiz Carlos e Cláudio. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica.. **Revista brasileira de psiquiatria**. v. 26, n. 2. São Paulo. jun. 2004.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.
- GULART, Suzana Silveira. **O Projeto São Pedro Cidadão e as representações sociais dos servidores do Hospital Psiquiátrico São Pedro : uma contribuição à comunicação institucional**. 2002.
- KANTORSKI, PINHO, MACHADO, Luciane, Leandro, Angelcilia. Do medo da loucura a falta de continuidade no tratamento em saúde mental. **Revista Texto e Contexto**. v. 10, n. 1, p 50-59. Florianópolis abr/jul. 2001.
- KAPLAN, Harold I. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1986.
- KAPLAN, Harold I. **Manual de psiquiatria clinica**. 2º ed. Porto Alegre. Artes Médicas , 1998.

LIMA e BOTEGA, Maria, Neury. Hospital dia: para quem e para quê?. **Revista brasileira de psiquiatria**. v. 23. n. 4, p 195-199. São Paulo. dez. 2001

LIMA, et al. Tratamento farmacológico de acatisia induzida por antipsicóticos. **Revista brasileira de psiquiatria**. v. 23, n. 2, São Paulo. jun.2001.

MARCOLIN, Marco. **Interações farmacológicas com drogas psiquiátricas**. Rio de Janeiro. Medsi, 1998.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RIO GRANDE DO SUL. Lei 9716, de 07 de agosto de 1992. Lei da reforma psiquiátrica e da proteção aos que padecem de sofrimento psíquico. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 7 de agosto de 1992.

SAMPAIO, Jose Jackson Coelho. **Hospital psiquiátrico publico no Brasil. : a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. 1988.

SARACENO, Benedetto. **Manual de saúde mental : guia básico para atenção primaria**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994

STUART e LARAIA, S. W. **Enfermagem psiquiátrica e prática**. 6ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

STUART e LARAIA, S. W.. **Enfermagem psiquiátrica** 4 ed. Rio de Janeiro. Reichmann & Editores, 2002.

TAYLOR, C. M. **Fundamento de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13ed. Porto Alegre: Artes médicas-1992.

TEIXEIRA, Marina Borges **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: Atheneu, 1997