

PACIENTES PSICÓTICOS: TRATAMENTO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

FORMIGON, Aline Betti.¹
LEITE, Juliana Teixeira.²
FONSECA, Bárbara Rodrigues.³

RESUMO

A psicose é uma alteração que ocorre entre o indivíduo e o mundo externo. O presente artigo tem como objetivo investigar os principais tratamentos utilizados com pacientes psicóticos nas instituições de saúde. O estudo mostra ainda o papel da Instituição de saúde mental, definida como um local em que um grande número de indivíduos com situações semelhantes vivem separados da sociedade e por um amplo período de tempo. Os resultados encontrados apontam para diferentes métodos de tratamentos além da internação, como as terapias farmacológicas, psicoterapêuticas e psicossociais. Também se destacou a necessidade da inclusão do paciente na sociedade, a importância do trabalho multiprofissional e a adesão familiar como fatores fundamentais no tratamento deste transtorno.

Palavras Chaves: Instituição de Saúde Mental. Psicose. Tratamento.

ABSTRACT

Psychosis is a change that occurs between the individual and the outside world. This paper aims to investigate the main treatments used with psychotic patients in health institutions. The study also shows the role of mental health institution, defined as a place where a large number of individuals with similar situations and live separated from society for a long period of time. The results point to different methods of treatment beyond hospitalization, as pharmacologic therapies, psychotherapeutic and psychosocial. It also highlighted the need to include the patient in society, the importance of multiprofessional work and family membership as key factors in treating this disorder.

Keywords: Mental Health Institution. Psychosis. Treatment.

1. INTRODUÇÃO

A palavra psicose foi grafada pela primeira vez em 1845, por um psicólogo alemão, Feuchtersleben, e apareceu no ano seguinte, pela primeira vez, no *Zeitschrifte fur Psychiatrie und Gerichtliche Medizin* (Jornal de Psiquiatria e Medicina

¹Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde de Garça- FASU/ACEG
E-mail: alineformigon@hotmail.com

²Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde de Garça- FASU/ACEG
E-mail:juli-tex@hotmail.com

³Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde de Garça- FASU/ACEG
E-mail: babi2121@hotmail.com

Forense). Segundo Lopes (2001), a psicose é formada por um conjunto de alterações do conhecimento do indivíduo do próprio eu e do conhecimento do indivíduo do mundo em que ele se encontra. Psicose é a alteração entre o eu e o mundo exterior.

Conforme o Manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10 (1993), “Transtorno psicótico” é usado como um termo de conveniência para todos os membros desse grupo “psicótico” é definido como um termo descritivo conveniente, particularmente em F23, Transtornos psicóticos agudos e transitórios. Seu uso não envolve pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos, porém simplesmente indica a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de várias anormalidades de comportamento, tais como excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico. É importante destacar que os critérios de 48 horas e duas semanas não são colocados como os períodos nos quais os sintomas psicóticos se tornaram óbvios e perturbam pelo menos alguns aspectos da vida diária do trabalho. O pico da perturbação pode ocorrer mais tardiamente (CID-10,1993, p.99).

A maioria dos psicóticos são internados por seus familiares em um hospital psiquiátrico que, segundo Goffman (2003, apud Carvalho, Costa, Maiuschke, 2007), consiste em um tipo de instituição total para tratar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si próprias e com a possibilidade de constituir uma ameaça à sua comunidade, mesmo que não de maneira intencional. A instituição total é definida como um local de residência onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. O fechamento se caracteriza pela barreira às relações com o mundo externo, o que pressupõe proibições à saída incluídas no esquema físico da instituição - como portas trancadas, muros altos e horários de visita.

Ao final dos anos 70, fundou-se a Reforma Psiquiátrica brasileira inspirada em grande parte na experiência italiana, em função da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e pela atuação de movimentos sociais pelos direitos dos pacientes. Estes movimentos, através de variados campos, passam a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência, indagando e criticando o saber

psiquiátrico (CUNHA, 2008). Nesta época, o hospital psiquiátrico favorecia o processo de cronificação (embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos e dificuldade de realizar ações práticas), justificando essa tutela e a submissão do portador de transtornos mentais a mecanismos de violência institucional. Ao cronificar o sujeito, a instituição psiquiátrica o condena ao internamento por toda a vida, ou podemos dizer, à morte em vida, pois impossibilita qualquer possibilidade de retorno ao convívio social, pela total falta de resolutividade nas ações terapêuticas e pelo desconhecimento do fenômeno estudado (JUNIOR, 2002).

Esta pesquisa busca investigar, na literatura, os principais tratamentos utilizados em pacientes psicóticos junto às instituições de saúde, além da evolução das instituições de saúde mental a partir da reforma psiquiátrica, dando uma nova visão à forma de tratamento com os pacientes institucionalizados.

2. DESENVOLVIMENTO

Para Zimerman (1999, p. 227) as psicoses implicam um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato com a realidade. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de esquizofrenias crônicas. A psicose tem como núcleo estruturante central a prevalência do princípio do prazer sobre o princípio da realidade. Dessa forma, as funções do ego são prejudicadas, caracterizando o contato do indivíduo psicótico com seu mundo externo como um ambiente restrito ao seu universo intersíquico, ou seja, um mundo só seu. Os psicóticos, centrados neles mesmos, estabelecem uma delicada relação com o ambiente porque esse ambiente pode ser fator de desorganização pessoal.

Segundo Perls (1977), o psicótico tem uma camada da morte muito grande, e esta zona morta não consegue ser alimentada pela força vital. Uma coisa que sabemos ao certo é que a energia vital ou energia biológica torna-se incontrolável na psicose em vez de ser diferenciada e distribuída ela sai em jatos. Assim o que geralmente se faz é cortar um pedaço do cérebro, ou matar a excitação com tranqüilizantes. Quando isto é feito é obscurecido o nível de excitação, de modo a se obter um comportamento relativamente racional. Geralmente o psicótico nem mesmo tenta lidar com as frustrações; ele simplesmente as nega, e se comporta como se

elas não existissem. A loucura está na mente; qualquer coisa que nos perturbe está na nossa fantasia.

Com relação ao pensamento, no psicótico acontece o que podemos chamar de clivagem, isto é, o pensamento delirante primário não se reprime nem fica embutido, o que o possibilita agir com uma normalidade aparente. Como seu pensamento é prisioneiro, ele não possui o prazer de pensar nem liberdade e autonomia para elaborar novos pensamentos (ALBUQUERQUE, 1995, apud LINS, 2007). Por isso o psicótico tem dificuldade em criar metáforas (conotações secundárias, no sentido figurado); aquilo que ele escuta é interpretado de forma literal. Se um paciente psicótico ouve falar que a cabeça de alguém está "cheia de lixo", vai entender que o crânio dessa pessoa se encontra repleto de objetos sujos. Pode ser que ele até fique angustiado por não poder retirar esse "lixo" de lá. O psicótico não tem capacidade de abstrair. Além do pensamento e do afeto, o profissional precisa estar atento ao contexto em que o psicótico está inserido, principalmente no que se diz respeito a sua família, que, num aspecto mais amplo, apresenta "características psicóticas" como a clausura. Elas são fechadas, possuem um mundo próprio e desfavorecem as regras e o que é dito no meio social, ou seja, tais características impedem uma interlocução sadia do sujeito com o que é diferente, com estímulos derivados do campo não familiar que poderiam oferecer certa autonomia e liberdade. (LINS, 2007)

Para estudarmos pacientes psicóticos é preciso primeiramente, desmontar a lógica da exclusão, da contenção e do enclausuramento à qual o hospital psiquiátrico era unido, com a introdução de novas modalidades de intervenção no tratamento do paciente psicótico (BECHELLI, 2003). A reforma psiquiátrica, que completa vinte anos, propôs a desconstrução e a desinstitucionalização das práticas hospitalares, paralelamente à formulação de novos modelos de assistência ao portador de transtorno mental. O modelo asilar dos hospitais psiquiátricos veio sendo gradualmente substituído pelo tratamento em sistema aberto ou extra-hospitalar como os NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CERSAMS (Centros de Referência em Saúde Mental, ou seja, centros de convivência (MENDONÇA, 2005)).

No tratamento da psicose, segundo Zenonni (2000, apud Mendes, 2005), devemos operar a partir de um esvaziamento de um saber prévio sobre o paciente ou de um "querer" para ele. Essa posição é favorável para não propiciar uma relação

intrusiva e persecutória de transferência, o que contribui para a construção de outro mais moderado para o psicótico.

O tratamento dos pacientes psicóticos deve considerar o indivíduo como um ser social e não excluí-lo do seu contexto, principalmente familiar. Algumas abordagens psicossociais, incluindo intervenção familiar, reinserção profissional assistida, tratamento assertivo na comunidade, treinamento de habilidades individuais e psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental, têm demonstrado eficácia durante a fase estável. Tais abordagens continuarão a ser utilizadas durante todo o período de recuperação após o episódio agudo e ao longo do “período crítico” de cinco anos, quando há alto risco de recaídas (FALKAI et al, 2006)

As oficinas também são boas estratégias de tratamento que procuram caminhar no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada à clínica. A atividade artística enfatiza o processo construtivo e a criação do novo, através da produção de acontecimentos, experiências, ações, objetos; "reinventa" o homem e o mundo. Sob essa perspectiva, as atividades das oficinas em saúde mental passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de acesso aos bens culturais. A loucura traz a marca de uma diferença quanto à forma de organização subjetiva que permitiria ao paciente psicótico fazer um laço simbólico com a ordem social. Mesmo inserido na cultura, na linguagem e no cotidiano, o psicótico não está inserido na norma simbólica que permite a equivalência e a inscrição num registro sexual que estabelece o circuito de troca social (MENDONÇA, 2005).

Segundo Bechelli (2003) a Associação Americana de Psiquiatria recomenda o uso de antipsicóticos de segunda geração como primeira indicação no tratamento do primeiro episódio psicótico. Os sintomas do primeiro episódio psicótico muitas vezes não permitem o estabelecimento imediato de um diagnóstico, pois são muito variáveis e, para alguns transtornos, é preciso acompanhar o curso da doença antes de se chegar a uma conclusão diagnóstica. Para Louzã (2000), é importante lembrar que, independentemente da dose utilizada, a resposta ao antipsicótico pode levar algumas semanas. Além disso, sabe-se hoje que doses relativamente pequena ocupam 70% a 80% dos receptores sinápticos, de modo que doses muito elevadas não acrescentam nada do ponto de vista terapêutico, aumentando apenas os efeitos

colaterais. O uso de um único antipsicótico é sempre o mais indicado. Na fase aguda da doença, as abordagens psicossociais têm um papel fundamental, juntamente com o tratamento medicamentoso. O primeiro episódio psicótico tem um forte impacto no paciente e em seus familiares, sendo necessário oferecer de imediato orientação e programas psicoeducacionais sobre a doença.

3. CONCLUSÕES

O tratamento de longo prazo de pacientes psicóticos precisa oferecer um pacote razoável de opções de tratamento, incluindo as terapias farmacológicas, psicoterapêutica e psicossocial. Componentes adicionais de cuidado como o Hospital Dia e CAPS podem contribuir para melhores resultados; para o funcionamento social reduzido e para a melhora da qualidade de vida, aliadas ao tratamento antipsicótico, à psicoeducação e à intervenção familiar.

Nos novos dispositivos da rede de atenção, a ênfase na particularidade de cada caso, o trabalho multiprofissional, a escuta e o respeito ao paciente e a invenção de novas estratégias de intervenção sobre o campo social e clínico deram desejo à recuperação do uso da atividade como um valioso recurso no tratamento clínico e na reabilitação psicossocial (GUERRA, 2004, apud MENDONÇA, 2005, p.24).

Esta pesquisa apresenta várias formas de se tratar um paciente psicótico como oficinas artísticas, abordagens psicossociais, intervenção familiar, reinserção profissional assistida, tratamento assertivo na comunidade, treinamento de habilidades individuais, tratamento medicamentoso e psicoterapia de orientação Cognitivo-comportamental. Demonstrou também que institucionalizar o paciente nem sempre se faz necessário e que antes de internar um paciente deve-se lançar mão de todos os recursos. Nesta perspectiva o trabalho multiprofissional é de extrema importância, além da ajuda da família que deve estar informada sobre o tratamento e se integrar aos profissionais de saúde para ajudarem o paciente em seu tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECHELLI, Luiz Paulo de C.. **Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte II. O manejo do medicamento, integração da equipe multidisciplinar e perspectivas com a formulação de antipsicóticos de nova geração de ação prolongada.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.4, pp. 507-515. ISSN 0104-1169.

CARVALHO, I. S; COSTA, I. I; BUSCHER-MALUSCHKE, J.S.F.B. **Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise.** 2007. Acessado em 13/09/2011.

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

CUNHA, L.S.H. A Socialização de egressos de longa internação psiquiátrica a partir de uma teoria sociológica. **III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação** – PUCRS, 2008.

FALKAI, Peter and FORCA-TAREFA DA WFSBP PARA DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO BIOLÓGICO DA ESQUIZOFRENIA et al. **Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 2: tratamento de longo prazo.** *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2006, vol.33, suppl.1, pp. 65-100. ISSN 0101-6083.

JUNIOR, O.G. Hospital psiquiátrico: (Re) afirmação da exclusão. **Psicologia & Sociedade**; 14 (1): 87-102; jan./jun.2002.

LINS, Samuel Lincoln Bezerra. **Psicose: diagnóstico, conceitos e reforma psiquiátrica.** *Mental* [online]. 2007, vol.5, n.8, pp. 39-52. ISSN 1679-4427

LOPES, J.L. A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2001; 23(1): 28-33.

LOUZÃ, M. R. **Desafios da esquizofrenia.** 2000. Disponível em: <http://www.torrent.com.br/cientifica/casos_clinicos/cc_esquizofrenia_01.pdf>. Acessado em: 13/09/2011.

MENDES, Aline Aguiar. **Tratamento na psicose: o laço social como alternativa ao ideal institucional.** *Mental* [online]. 2005, vol.3, n.4, pp. 15-28. ISSN 1679-4427.

MENDONÇA, T.C.P. **As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação.** 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932005000400011&script=sci_artt_ext&tlng=es>. Acessado em 13/09/2011.

PERLS, F. S. **Gestalt-terapia explicada.** 7. ed. São Paulo: Summus, 1977.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática.** Porto Alegre: Artmed, 1999.