



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

IZABEL CRISTINA VERZOLA

**O CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM EM
HOSPITAL GERAL ACERCA DA ESQUIZOFRENIA**

Palhoça

2010

IZABEL CRISTINA VERZOLA

**O CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM EM
HOSPITAL GERAL ACERCA DA ESQUIZOFRENIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientador: Prof. Maurício Eugênio Maliska, Dr.

Palhoça

2010

IZABEL CRISTINA VERZOLA

**O CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM EM
HOSPITAL GERAL ACERCA DA ESQUIZOFRENIA.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Psicólogo e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 14 de junho de 2010.

Professor e orientador Maurício Eugênio Maliska, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Jacqueline Virmond Vieira, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Ana Maria Lima Luz, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico este trabalho ao Meu Grande Amor:
Cristiano Bartz Sperb e ao fruto deste Amor:
Isabela Verzola Sperb.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela minha vida e por toda sua força universal, que esteve presente comigo na realização deste sonho. “Como Poderei viver sem a sua companhia, Amém”.

Ao meu amado marido Cristiano Bartz Sperb, por ter me incentivado, acreditado e possibilitado a realização deste sonho. Você me faz muito feliz. Amo-Te Meu Anjo.

A minha linda filha Isabela Verzola Sperb, por ter me apresentado o verdadeiro amor, realizando-me no maravilhoso sonho de ser mãe.

Ao Professor Orientador Dr. Maurício Eugênio Maliska, por um ano intenso de muito trabalho durante todas as orientações de TCC e supervisões de estágio no Hospital de Caridade. Muito obrigada Professor, pela sua sabedoria, serenidade e paciência comigo na realização deste sonho.

Ao meus pais biológicos: Rogério Verzola (*in memória*) e Lucia Rosalina Verzola (*in memoriam*), que partiram quando eu era muito pequenina, mas me deixaram como legado a bondade, a alegria e a felicidade de ser e que tudo isso está na simplicidade da vida. Onde quer que vocês estejam quando fecho meus olhos penso em vocês. Te amo pai, te amo mãe!

Aos meus pais de criação: Odair Aparício Siqueira (Tio Daica) e Érida Gonçalves Siqueira (Tia Edinha), que me acolheram no momento em que mais precisei. Obrigada por tudo, sem vocês não saberia o que seria de mim.

Aos meus irmãos: José Belmonte Verzola, Zoélio Verzola, Maxmiliano Verzola, Cilene Regina Verzola e Raquel Verzola, por estarem sempre presente em minha vida em todos os momentos em que preciso de um colo, e por acreditarem que num futuro próximo eu seria Psicóloga. Amo vocês!

A minha sogra Ilsa Bartz Sperb, por toda atenção direcionada a mim nos momentos em que precisei de ajuda, seja relacionada às questões subjetivas discutidas, seja relacionadas ao curso e nos dias quando cuidou de minha filha. Muito Obrigada!

A minha Psicóloga e Psicanalista Eneida Medeiros Santos, por todo o profissionalismo com o qual conduz minha análise, fazendo-me acreditar a cada dia que “Eu Posso, Sim”. Obrigada por conduzir de uma forma leve esse processo de descoberta e implicações, principalmente na realização deste sonho.

A minha grande Amiga e comadre, Vanessa de León, por todos esses anos de amizade, carinho e atenção dirigidos a mim e ao meu maior tesouro, Isabela. Nossa amizade me faz bem. Você me faz rir Amiga!

As minhas queridas Professoras: Ana Maria Lima da Luz e Anita Bacellar, por ter me apresentado a Psicologia Hospitalar com o Projeto de Extensão da Psico-oncologia ocorrido no Cepon. Nossos encontros semanais foram mais que supervisões, representaram um crescimento pessoal enriquecedor que levarei por toda minha vida!

À Professora Jacqueline Virmond Vieira, por suas sábias aulas nas quais me despertou o desejo de estudar a psicose, fruto este que finalizo meu curso de psicologia com este trabalho e também por ter feito parte da minha banca de qualificação e defesa. Muito obrigada professora, admirações!

À professora e amiga Gabriela Campos, por suas intrigantes aulas nas quais direcionei meu olhar às questões relativas à saúde mental e principalmente para as pessoas que necessitam desse olhar.

À professora Maria Angela Giordano Machado, por suas excelentes supervisões na Clínica da Psicologia da Unisul e no Hospital de Caridade. Aprendi muito com você nesse processo de formação. Obrigada professora!

Aos professores de Metodologia Científica: Leandro Oltramari e Regina Ingrid Bragagnolo, pelas oficinas de produção deste trabalho, muito obrigada pela inteligência, tranquilidade e beleza do casal.

Aos meus amigos: Letícia Castelo, Adriana Cândido, Andréia Koerich, Bárbara Lobo, Danielle Fortes, Daniela Galdino, Ingrid Agassi, Ana Carla Macedo e Rudmar Silva da Cunha. Sem vocês esse curso não seria tão realizador. Muito obrigada por toda amizade e carinho que me proporcionaram durante a longa jornada.

A todos que estiveram presente, seja de forma direta ou indireta na realização deste sonho, o meu Muito Obrigada!

“A verdadeira viagem de descoberta consiste em não percorrer novas paisagens, mas em ter novos olhos”. (MARCEL PROUST).

RESUMO

A Lei Paulo Delgado (nº 10.216) instituiu políticas públicas para implementar os princípios da Reforma Psiquiátrica. Uma dessas políticas refere-se à redução de hospitais psiquiátricos e a consequente presença de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais. Desse modo, é necessário que os profissionais que atuam nessas instituições estejam capacitados a lidar com pessoas com esquizofrenia. A presente pesquisa refere-se a um trabalho de conclusão de curso cujo objetivo é investigar o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam em Hospital Geral acerca das causas, tipos, sintomas e possíveis tratamentos da esquizofrenia. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo com delineamento estudo de campo. Foram realizadas seis entrevistas semi-estruturadas com profissionais da saúde de diferentes áreas: médicos, enfermeiros e psicólogos. Foram investigados aspectos relativos ao conhecimento desses profissionais acerca das causas da esquizofrenia, tipos, sintomas e possíveis tratamentos para esquizofrenia no hospital geral e fora do hospital geral. Por meio da análise de conteúdo, os dados foram organizados em categorias *a posteriori*, com base no referencial teórico utilizado neste trabalho. Os resultados apontam para uma forte atribuição do fator biológico como causa da esquizofrenia, mas também foram mencionados os fatores psicossociais e multicausais. No que diz respeito aos tipos e sintomas da esquizofrenia, a maioria dos profissionais da saúde citou a esquizofrenia como um transtorno mental, mas não tinham o conhecimento dos diferentes tipos de esquizofrenia, apenas os psicólogos citaram a esquizofrenia do tipo paranóide, catatônica e hebefrênica, bem como seus sintomas, alucinações, delírios, mania de perseguições e a agressividade. Em relação aos possíveis tratamentos da esquizofrenia dentro hospital geral, os profissionais da saúde mencionaram seu próprio despreparo e seus preconceitos acerca de pacientes com esquizofrenia. Apresentaram a contenção física e farmacológica como forma de tratamento, mesmo declarando conhecimento da internação desses pacientes por alguma doença crônica. No que se refere o tratamento da esquizofrenia fora do hospital geral foram citados o tratamento farmacológico como forma de manutenção do quadro da doença, o tratamento psicossocial e o apoio familiar, sendo algo fundamental para a reabilitação do paciente com esquizofrenia. Considerando os resultados obtidos na referente pesquisa, é possível refletir acerca da possibilidade do desenvolvimento de projetos de capacitação para esses profissionais da saúde a fim de oportunizar conhecimento necessário para a realização de um atendimento mais humanizado para os pacientes com esquizofrenia.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Hospital Geral; Profissionais da Saúde.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados de caracterização dos participantes da pesquisa.....	55
Tabela 2 – Causas da Esquizofrenia.....	59
Tabela 3 – Tipos de Esquizofrenia.....	64
Tabela 4 – Sintomas da Esquizofrenia.....	66
Tabela 5 – Tratamento para a Esquizofrenia no Hospital Geral.....	70
Tabela 6 – Tratamento para a Esquizofrenia fora do Hospital Geral.....	75

LISTA DE SIGLAS

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças (Décima Edição)

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (Quarta Edição)

OMS – Organização Mundial da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

UBS – Unidade Básica de Saúde

PSM – Programa de Saúde Mental

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

UPHGs – Unidades Psiquiátricas de Hospitais Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMÁTICA	14
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo geral	18
1.2.2 Objetivos específicos	18
1.3 JUSTIFICATIVA	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 ESQUIZOFRENIA: UM POUCO DE HISTÓRIA	23
2.1.1 Causas da Esquizofrenia segundo a Psiquiatria	25
2.1.2 O que é a Esquizofrenia de acordo com a Psiquiatria	29
2.1.3 Tipos e sintomas da Esquizofrenia	30
2.1.3.1 Tipo Paranóide	30
2.1.3.2 Tipo Desorganizado	31
2.1.3.3 Tipo Catatônico	32
2.1.3.4 Tipo Indiferenciado	33
2.1.3.5 Tipo Residual	33
2.1.4 Tratamento para a Esquizofrenia	34
2.1.4.1 Tratamento Farmacológico	34
2.1.4.2 Tratamento Psicossocial	36
2.1.4.3 O uso da contenção como medida de tratamento.....	39
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA – UM POUCO DA HISTÓRIA	41
2.2.1 O que é a Reforma Psiquiátrica	42
2.2.2 Reforma Psiquiátrica: Panorama Atual	45
2.3 A ESQUIZOFRENIA NO HOSPITAL GERAL	48
2.4 A PSICOLOGIA NO HOSPITAL GERAL	51
3 MÉTODO	53
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	53
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA	54
3.3 PROCEDIMENTO DE CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	55
3.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	56
3.4.1 Contato com os sujeitos	56

3.4.2 De realização das entrevistas	56
3.5 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS	57
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	57
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	58
4.1 CAUSAS DA ESQUIZOFRENIA	58
4.2 TIPOS E SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA	63
4.3 TRATAMENTO PARA A ESQUIZOFRENIA	69
4.3.1 Tratamento para a Esquizofrenia no Hospital Geral	69
4.3.2 Tratamento para a Esquizofrenia fora do Hospital Geral	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE	87
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	88
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gravação	92
APÊNDICE D – Declaração de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida	94
ANEXO	95
ANEXO A – Lei nº 10.216 de 16 de abril de 2001	96

1 INTRODUÇÃO

Este estudo refere-se à pesquisa realizada na disciplina TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) em Psicologia II, do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. Está relacionada à área de concentração Psicologia e Saúde e ao estágio curricular obrigatório desenvolvido no Hospital de Caridade de Florianópolis – SC.

Ao longo do curso, teve-se a oportunidade de entrar em contato com a saúde pública, possibilitando aos alunos o conhecimento da realidade da saúde em três níveis de complexidade: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. O tema desenvolvido nesta pesquisa é “O Conhecimento dos Profissionais da Saúde que atuam em Hospitais Gerais acerca da Esquizofrenia”. O interesse por esse tema surgiu de uma inquietação acadêmica ao trabalhar com pessoas com esquizofrenia nos estágios curriculares vinculados à universidade.

O preconceito e o estigma atribuídos ao paciente esquizofrênico sempre foram alvos da atenção de psicólogos. Os profissionais de saúde participantes desta pesquisa atuam em hospitais gerais que possivelmente atendem pacientes psiquiátricos em enfermarias, alas e leitos psiquiátricos (obrigatórios, segundo a Lei nº 10.216/01). Este trabalho aborda o conhecimento desses profissionais da saúde acerca da esquizofrenia.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: inicia-se com a problemática e o problema de pesquisa; em seguida, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos, a justificativa, o referencial teórico e a descrição do método de pesquisa. Por fim, são apresentados os dados e sua posterior análise, as considerações finais, as referências, os anexos e o apêndice.

1.1 PROBLEMÁTICA

Segundo atuais pesquisas (OMS, 2009) cerca de 1% da população mundial é afetada pela esquizofrenia, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde. Desse grupo, 70% sofre de “alucinações auditivas verbais”, sintomas muito frequentes do transtorno. Isso significa que, só no Brasil, devemos ter algo em torno de 1.500.000 pessoas com esquizofrenia. A esquizofrenia geralmente se manifesta no momento em que o indivíduo está entrando em sua fase produtiva para a sociedade, dos 20 aos 30 anos de idade. Tratando-se de um transtorno crônico, a pessoa com esquizofrenia¹ poderá sofrer em decorrência dos sintomas durante grande parte da sua vida. Ele poderá ter limitações nem sempre fáceis de serem compreendidas, que farão desse paciente dependente de cuidados para que possa viver inserido na sociedade, exercendo atividades laborais e de convívio com os demais sujeitos. (LOUZÃ, 1995).

Segundo Gerrig e Zimbardo (2005), um Transtorno Esquizofrênico é uma forma grave de psicopatologia, na qual a personalidade parece se desintegrar. Os processos psicológicos básicos do pensamento e da percepção são distorcidos, e as emoções são entorpecidas. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2005), os Transtornos Esquizofrênicos se caracterizam, em geral, por distorções características do Pensamento e da Percepção, e também por inadequação dos Afetos. Frequentemente, o indivíduo com esquizofrenia mantém clara sua consciência e sua capacidade intelectual. A esquizofrenia traz ao paciente um prejuízo severo que é capaz de interferir amplamente na capacidade de atender as exigências da vida e da realidade. O indivíduo acometido por esquizofrenia é aquele que o senso comum vê como representação da loucura ou da insanidade.

Para esclarecimentos, a esquizofrenia é: [...] uma forma grave de psicopatologia caracterizada pela ruptura do funcionamento da personalidade integrada, retraimento da realidade, distorções emocionais e processos de pensamento perturbado. (GERRIG e ZIMBARDO 2005, p.548). A partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002, p.305), a esquizofrenia apresenta:

¹ Apesar de haverem diversas controvérsias entre autores sobre se há ou não sujeito na psicose, optou-se por utilizar a expressão “pessoa com esquizofrenia” para simplesmente designar a pessoa que tem o diagnóstico de esquizofrenia e não uma teoria sobre o sujeito, tal como há na Psicanálise.

No mínimo dois dos seguintes quesitos, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso): (1) delírios; (2) alucinações; (3) discurso desorganizado (p.ex., frequente descarrilamento ou incoerência); (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico; (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alergia ou abulia.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948 definiu-se saúde como estado de completo bem-estar no âmbito físico, mental e social e não como a simples ausência de doença. Então, saúde e doença, bem-estar e mal-estar não são apenas fenômenos físicos que se manifestam pelo bom ou mau funcionamento de um órgão, mas possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sociocultural, coletiva, e uma psicobiologia individual que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidas enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um. (VAITSMAN, 1992, p.157-158).

Para a OMS, o Hospital é parte integrativa de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, ao paciente esquizofrênico em tema um centro de formação dos que trabalham no campo de saúde e pesquisas bio-sociais. (CAMPOS,1988).

Amarante (2000) afirma que é um contínuo desafio pensar possibilidades e estratégias de intervenção para a pessoa com esquizofrenia. Sendo assim, o paciente precisa ser considerado o centro no olhar daquele que cuida, e não mais a doença, pois se trata agora de um ser biopsicossocial.

[...] nas décadas de 1940 e 1950 configura-se no conceito de Medicina Integral o contraponto do caráter fragmentário das ações médicas, surge então uma concepção globalizadora do objeto de suas práticas, ainda concebido como individual. Nesse momento se elaborou a idéia do indivíduo como totalidade bio-psico-social, irreduzível a um conjunto de estruturas e funções orgânicas. (DANNANGELO, 1979, p. 79 apud AMARANTE, 2000, p.15).

A Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (2000), tornou-se o marco na transformação desse paradigma da saúde mental. Novas práticas, saberes e serviços têm sido pensados a fim de substituir o modelo de tratamento biomédico no cuidado aos pacientes com transtorno mental nos diferentes campos de atendimento de saúde inseridos no Sistema Único

de Saúde (SUS) no Brasil. Isso porque o antigo modelo de atendimento, contraditoriamente, constitui-se no principal causador da manutenção e cronificação da pessoa com esquizofrenia.

Amarante (2003) afirma que a Reforma Psiquiátrica se instalou no país a partir de 1988, porém seu marco ocorreu com a promulgação da lei nº 10.216/01. Nessa lei, adotou-se a denominação de Portador de Transtorno Mental (PTM) para designar as pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico de maior gravidade, nos dias atuais denominamos apenas pessoas com esquizofrenia. Amarante (2003, p. 61-62) afirma que:

A extinção significativa de leitos e hospitais psiquiátricos no Brasil, com a simultânea implantação de serviços de atenção psicossocial, além de muitos outros dispositivos não assistenciais (cooperativas, associações, clubes, centros de convivência, etc.) representam parte da dinâmica deste processo de transformação estrutural das formas sociais de lidar com a loucura. Para o operador que atua em algum destes serviços inovadores, seria muito interessante a consciência de que ali se estão operando rupturas conceituais, ao mesmo tempo que técnicas, políticas, jurídicas e sociais. Ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir (ao invés de seqüestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar) estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a loucura.

A distribuição dos atuais 42.076 leitos psiquiátricos no Brasil ainda expressa o processo histórico de implementação nos estados de um modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental. Essa oferta hospitalar, em sua maioria de leitos privados (58% dos leitos em psiquiatria), concentra-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Com os cuidados necessários para evitar a retirada de auxílio e proteção a esses pacientes esquizofrênicos foi implantada a política de desinstitucionalização, impulsionada pela implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria. O PNASH vem conseguindo nos últimos três anos vistoriar a totalidade dos Hospitais Psiquiátricos do país, assim como leitos de unidade psiquiátrica em hospitais gerais, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para essa população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Partindo dessa reflexão, com a redução significativa de Hospitais Psiquiátricos e o aumento de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais se faz necessário o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da intervenção de pacientes com esquizofrenia muitas vezes em

crise. Isso porque os profissionais de saúde estabelecerão uma relação direta com pacientes esquizofrênicos ao adentrarem nas enfermarias dos Hospitais Gerais.

Conforme afirma Amarante (2000, p. 50):

[...] o sujeito da experiência da loucura antes incapaz de obra ou de voz tornar-se-á sujeito, e não objeto de saber. Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica de serviços, de novas e modernas terapias torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações.

Fagundes (1992 apud BEZERRA e AMARANTE, 1992, p. 64) enfatiza ainda a importância da organização do trabalho e modos de atenção e refere que “o vínculo do trabalhador, enquanto cidadão e profissional é com pessoas”. Segundo a autora, a relação funcionário-doença deve ser rompida e transformada; ela sugere formas mais democráticas e criativas, com o objetivo de tornar cada vez mais complexa a rede de vínculos e de alternativas sociais, políticas e culturais das parcelas excluídas da população.

Reitera-se o valor da interdisciplinaridade no processo de cuidado, posto que a construção do saber não se dá de forma isolada. O trabalho com pessoas acometidas de sofrimento psíquico grave depende da capacidade dos profissionais de se organizar em equipes para cuidar de forma fecunda das demandas singulares do paciente. Isso exige o respeito às diferentes formas de saber presentes no campo institucional, incluindo-se os dos auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, entre outros. (TAVARES, 1999).

Situá-los na ótica da Psicologia Hospitalar implica, portanto, discutir tanto aquilo que é compartilhado pelas demais disciplinas — e que faz do ambiente hospitalar um campo interdisciplinar — quanto a contribuição específica da Psicologia Hospitalar, trazendo informações acerca da esquizofrenia para os profissionais de saúde que se fazem presentes no ambiente do campo de estágio. Diante disso, cabe então perguntar: **Qual o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam em hospital geral acerca da esquizofrenia?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Investigar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam em hospital geral acerca da esquizofrenia.

1.2.2 Objetivos Específicos

a) Identificar as causas da esquizofrenia, no conhecimento dos profissionais da saúde que atuam em Hospital Geral.

b) Caracterizar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam em hospital geral acerca dos tipos e sintomas da esquizofrenia.

c) Caracterizar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam em hospital geral sobre os possíveis tratamentos da esquizofrenia.

1.3 JUSTIFICATIVA

Conforme a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2009), 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas; 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja este contínuo ou eventual.

As Políticas de Saúde que têm como proposta a utilização de recursos hospitalares objetivam transformar o lugar social da loucura, ou seja, a sua concepção no próprio imaginário social. Redefinem as relações em termos de cidadania e de direitos humanos, em que a “diferença” não seja associada à “anormalidade” ou à “patologia”, pois a psiquiatria construiu barreiras entre o louco e a sociedade, criando a essa pessoa um contexto de exclusão e de ausência nas trocas sociais. (AMARANTE, 1995).

É possível perceber que ainda hoje, em pleno século XXI, persistem as mesmas questões de isolamento de meados do século XVII propostas por Foucault (1999). O autor afirmava que o mundo da loucura havia se tornado o mundo da exclusão, pois a grande maioria das pessoas com transtornos mentais eram mantidos fechados em instituições psiquiátricas. Portanto, uma das condições indispensáveis para manter essas pessoas com transtorno mental fora dessas instituições psiquiátricas é a sua reinserção no convívio social e no atendimento em Hospitais Gerais. Incluído na sociedade, ele passa a viver como cidadão, desde que seja respeitado como alguém que necessita de um espaço, de um tempo, de vínculos e de uma relação de direitos e deveres entre todos os membros envolvidos com esse ser humano.

Na interação entre a pessoa com esquizofrenia e o meio social é necessário haver o conhecimento e o manejo dos profissionais da saúde que atuam no Hospital Geral, especialmente no que se refere à desconstrução de preconceitos e desmistificação do transtorno mental. O preconceito é um sentimento responsável pelo afastamento e pelo isolamento dessas pessoas com transtornos mentais e relaciona-se aos valores morais negativos atribuídos aos mesmos. (SADALA, 2000).

A relevância social para a realização desse estudo são as altas taxas de mortalidade de pessoas com esquizofrenia em decorrência de suicídio. Segundo Kaplan e Sadock (2007, p. 512), “o suicídio é uma das causas principais de mortalidade entre pessoas

que sofrem de esquizofrenia. As estimativas variam, mas até 15% dos pacientes podem morrer devido a uma tentativa de suicídio”.

Pessoas com esquizofrenia que tentam o suicídio são encaminhadas aos Hospitais Gerais e são atendidas por equipes de profissionais de saúde que podem não estar preparados para atender esses pacientes. Por esse motivo, é importante que seja investigado o conhecimento dos profissionais de saúde de Hospitais Gerais acerca de pessoas com esquizofrenia ou da própria esquizofrenia. Caso seja constatado que os profissionais possuem um conhecimento sobre a esquizofrenia que não esteja de acordo com as condições das pessoas que sofrem em decorrência desse transtorno, poderão ser desenvolvidas, a partir dos resultados dessa pesquisa, estratégias para capacitá-los a lidar com pessoas com esquizofrenia, melhorando a qualidade do atendimento prestado a esses pacientes.

Segundo Kaplan e Sadock (2007), pessoas com esquizofrenia têm taxa de mortalidade mais alta em decorrência de acidentes do que a população geral. Variáveis relacionadas à institucionalização e ao tratamento não aplicam esses dados, mas a mortalidade pode estar ligada ao fato de que o diagnóstico e o tratamento de condições médicas e cirúrgicas em pacientes com esquizofrenia pode representar um desafio clínico. Diversos estudos demonstraram que até 80% de todos os pacientes possuem doenças médicas significativas e concomitantes, e que 50% destas podem não ser diagnosticadas. (KAPLAN e SADOCK, 2007. P 512).

Mas um fato importante para a realização desta pesquisa é que, embora causem pouco mais de 1% das mortes no mundo, os transtornos mentais são responsáveis por mais de 12% das incapacitações por doenças em geral. (ANDRADE, 1999). No contexto das 10 principais causas de incapacitação, 5 são devidas a transtornos psiquiátricos, sendo a esquizofrenia responsável por 4% destas. Diante da relevância que tem o papel social numa situação de internação de pacientes psiquiátricos em Hospitais Gerais, os profissionais da saúde necessitam estar preparados, tanto no que diz respeito às causas, tipos, sintomas e tratamentos da esquizofrenia. Dentro dos aspectos que norteiam o tratamento desses pacientes, é necessário que haja uma aproximação do paciente esquizofrênico com respeito, afeto e compreensão, devido à sua condição de doença médica e aos tratamentos psiquiátricos e medicalização que já fazem parte da vida desses sujeitos.

Na importância que todos os profissionais da saúde têm para proporcionar uma vida mais saudável ao paciente esquizofrênico, é extremamente pertinente investigar o conhecimento desses profissionais da saúde sobre os pacientes esquizofrênicos que estão

inseridos no ambiente Hospitalar. Sendo assim, os resultados desta pesquisa podem dar subsídios para a atuação desses profissionais junto a pacientes esquizofrênicos.

Quanto à relevância científica desta pesquisa, pôde-se verificar que nos sites Bireme², Capes³, BVS-psi⁴, acessados em Setembro de 2009, existem pesquisas sobre a percepção dos familiares acerca da esquizofrenia, como a pesquisa encontrada: “Avaliação da concepção familiar sobre a esquizofrenia”. (TRAJANO, 2008). O modo como a família interpreta a doença mental de um dos seus membros influencia as práticas de cuidado por ela adotadas, e o sucesso na reabilitação depende das relações estabelecidas entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. (AZEVEDO, 2005).

É por essas razões, e também por ser o esquizofrênico um ser humano dotado de necessidades especiais, que a equipe de saúde mental tem um papel significativo no curso dessa patologia, seja no âmbito da promoção, do tratamento ou na reabilitação da saúde do portador e de sua família. Dessa forma, a equipe de saúde assume a posição de um profissional de referência, já que ouve e presencia com frequência as manifestações sadias e patológicas de clientes e familiares, compartilhando angústias, temores e fantasias. (AZEVEDO, 2005).

Segundo a pesquisa dos autores MENEZES e MANN (1993) “O ajustamento social de pacientes com esquizofrenia: implicações para a política de saúde mental no Brasil” a esquizofrenia é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos, afetando em média 0,5/1000 pessoas adultas e causando altos custos econômicos para a sociedade. Em países menos desenvolvidos não há muitas informações disponíveis, mas projeções baseadas nas taxas de incidência e tendências demográficas sugeriram que o número de casos nesses países devem ter aumentado em 87% de 1975 ao ano 2000. No Brasil, o diagnóstico de esquizofrenia representa cerca de um terço de todas as internações psiquiátricas, e até o presente existe uma falta de informações sobre as condições reais desses pacientes.

A política de saúde mental atual de promover cuidados extra-hospitalares como alternativa ao modelo hospitalocêntrico anterior implicará o investimento na criação de uma rede de novos serviços de saúde mental, baseados na comunidade, que possam dar tratamento e apoio efetivos aos pacientes e suas famílias. Conforme a relevância científica se faz necessário reforçar a necessidade de novas investigações sobre o quadro atual de problemas

²www.bireme.br

³ www.capes.gov.br

⁴ www.bvs-psi.org.br

psiquiátricos no país. Nesse sentido, esta pesquisa também poderá contribuir significativamente para uma mudança no cenário da saúde mental, bem como oferecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas futuras e, desta forma, contribuir para o avanço científico e acadêmico em torno desse tema tão pertinente em nosso dia a dia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ESQUIZOFRENIA: UM POUCO DE HISTÓRIA

Neste capítulo será abordado um pouco da história da esquizofrenia e a intensidade do problema clínico que atraiu a atenção de pessoas importantes da psiquiatria e da neurologia ao longo da história, com destaque para Emil Kraepelin (1856-1926) e Eugen Bleuler (1857-1939). Antes deles, Benedict Morel (1809-1873), um psiquiatra francês, aplicara o termo *démence précoce* a pacientes arruinados cuja doença havia se iniciado na adolescência.

Assim, o estudo da esquizofrenia iniciou-se em 1852 como *démence précoce*, na descrição do psiquiatra Benedict Morel (1809-1873). Referia-se a certas formas especiais de demência que surgem na adolescência, com distúrbio do pensamento e do afeto, e manifestações delirantes. Karl Ludwig Kahlbam (1828-1899) descreveu os sintomas da catatonia. Ewald Hecker (1843-1909), por sua vez, ateu-se ao comportamento bizarro de pessoas com hebefrenia. Emil Kraepelin (1856-1926), na quinta edição de seu *Tratado de Psiquiatria* (1896) reuniu a *dementia praecox* (Morel, Hecker) e a catatonia (Kraepelin) sob uma rubrica geral de doença do metabolismo. Foi em 1899 (sexta edição) que a *dementia praecox* ganhou autonomia para se contrapor à “loucura maníaco-depressiva”. Eugen Bleuler (1911), psiquiatra suíço, introduziu o termo “esquizofrenia” para substituir “demência precoce” porque considerava que os distúrbios eram de natureza diferente dos processos demenciais descritos por Alzheimer ou de outras demências orgânicas. (NUNES, 2000).

A esquizofrenia deriva de uma das formas da loucura da psicose⁵. O termo psicose foi introduzido em 1845 pelo psiquiatra austríaco Ernst von Feuchtersleben (1806- 1849). Ele substituiu o termo “loucura” pela definição de uma doença da alma numa perspectiva psiquiátrica, instituindo assim um conjunto de chamadas doenças mentais. Essas doenças foram classificadas como orgânicas (paralisia geral) e, nas formas mais modernas, como esquizofrenia, paranoia e Psicose Maníaco-Depressiva.

⁵ Em clínica psiquiátrica, o conceito de psicose é tomado na maioria das vezes numa extensão extremamente ampla, de maneira a abranger toda uma gama de doenças mentais, quer sejam manifestamente organogenéticas (paralisia geral, por exemplo), quer sua etiologia última permaneça problemática (esquizofrenia, por exemplo).

Nas obras de Sigmund Freud, desde os primeiros escritos e na correspondência com W. Fliess, encontra-se uma permanente busca entre psicose e neurose. É assim que, no manuscrito H de 24-1-1894, em que propõe uma classificação de conjunto das defesas psicopatológicas, Freud designa por psicose a confusão alucinatória, a paranóia e a psicose histérica; nos dois textos que consagra às psiconeuroses de defesa, parece considerar definitiva a distinção entre psicose e neurose. (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001). Para Freud há várias diferenças entre neurose e psicose, sendo uma delas a seguinte: “A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo”. (FREUD, [1923] 1924 p.189).

O psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) observou que alguns jovens apresentavam uma grave doença que evoluía de modo crônico, com alterações da personalidade, e denominou-a de “demência precoce”. Em 1911, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler substituiu “demência precoce” por “esquizofrenia”, pois concluiu que o problema principal dos pacientes era uma cisão (“esquizo”) de suas mentes (“frenia”). A partir das conceituações e estudos desses dois psiquiatras firmou-se o estudo dessa doença. Pode-se citar ainda o psiquiatra Kurt Schneider, que definiu alguns sintomas considerados muito importantes para o diagnóstico da doença. (LOUZÃ, 1995). Os critérios de Kurt Schneider, segundo Nunes (2000, p.93, grifo nosso), eram:

Sintomas de Primeira Ordem 1- Ouvir os próprios pensamentos falados de fora 2- Alucinações que comentam atos do paciente 3- Roubo do pensamento ou outras influências externas 4- Experiências de ações controladas de fora 5- Percepções delirantes 6- Experiências somáticas de passividade 7- Publicações do pensamento 8- Outras experiências que envolvam imposições de afetos, ações ou pensamentos

Sintomas de Segunda Ordem 1- Perplexidade 2- Idéias delirantes repentinas ou eventuais (ocorrências delirantes) 3- Sentimento de empobrecimento emocional 4- Alterações depressivas e eufóricas do humor 5- Sintomas catatônicos 6- Vários outros.

O diagnóstico da esquizofrenia baseia-se fundamentalmente nos estudos desses três pioneiros. (LOUZÃ, 1995).

2.1.1 Causas da Esquizofrenia segundo a Psiquiatria

As causas da esquizofrenia ainda não foram totalmente esclarecidas, mas supõe-se que se trata de uma doença universal, ocorrendo em todos os povos e culturas. A partir de estudos e descobertas realizadas na década de 1970, estudiosos do campo da psiquiatria afirmam que a esquizofrenia é uma doença do cérebro com manifestações psíquicas, tendo uma base hereditária.

Segundo Gabbard (1998), estudos realizados por Kendler (1987, apud GABBARD, 1998) e Schulsinger et al (1988, apud GABBARD, 1998) demonstram que a Esquizofrenia é uma doença que envolve uma predisposição genética. Porém, não descartam a contribuição de fatores ambientais e psicológicos para o seu desenvolvimento. Corroborando os autores, Mota (1985, p. 114) afirma que:

Embora existam ainda defensores da teoria ambiental, na qual se exclui totalmente uma participação genética, hoje em dia quase todos os trabalhos giram em torno de três grandes escolas: a monogênica (alguns acreditam que seja gene recessivo, enquanto outros falam em dominância), a poligênica (com o estresse ambiental como fator desencadeante) e a heterogeneidade genética. A concordância maior em gêmeos MZ⁶ do que nos DZ⁷ evidencia uma participação genética.

Em estudos sobre gêmeos monozigóticos adotados, observou-se que aqueles criados por pais adotivos têm esquizofrenia na mesma taxa que seus irmãos gêmeos criados pelos pais biológicos. Os resultados sugerem que a influência genética é mais decisiva do que a ambiental, o que é confirmado pela observação de que os gêmeos sejam concordantes para o transtorno. (KAPLAN e SADOCK, 2007).

Associações entre sítios cromossômicos e esquizofrenia foram relatadas a partir da disseminação das técnicas de biologia molecular. Mais da metade de todos os cromossomos foi associada à doença em vários relatos, mas os braços longos dos cromossomos 5, 11 e 18, o braço curto do cromossomo 19 e o cromossomo X foram implicados com mais frequência. Os cromossomos 6, 8 e 22 também foram referidos. A

⁶ Monozigóticos.

⁷ Dizigóticos.

literatura, de modo geral, indica base genética potencialmente heterogênea para a Esquizofrenia. (KAPLAN e SADOCK, 2007).

O cérebro é formado por milhões de células nervosas chamadas neurônios, os quais se comunicam e passam informações entre si através de impulsos elétricos. Para que o impulso passe de um neurônio ao outro são necessários os neurotransmissores. Existem vários neurotransmissores, e “para que tudo funcione harmonicamente é preciso um equilíbrio no funcionamento de todos eles, como em uma orquestra. Se um dos músicos da orquestra começa a tocar seu instrumento de modo exagerado, o conjunto se desorganiza e a música sai errada” (p. 49). Algo similar pode ocorrer na esquizofrenia. Um determinado sistema de neurotransmissores, que funciona com uma substância chamada dopamina, parece funcionar em excesso durante os surtos agudos da doença. A ação da dopamina está ligada a três sistemas principais no cérebro, responsáveis pelos movimentos involuntários, pelas emoções e pelas funções cognitivas. (LOUZÃ, 1995).

Segundo pesquisas mais atualizadas, conforme artigo publicado em Serviços de Saúde LINCX (2009), acontecem alterações no cérebro de sujeitos com esquizofrenia. Essas alterações podem ser visualizadas por exames como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Esse estudo relata que ocorrem no sujeito com esquizofrenia alterações ou desequilíbrios de neurotransmissores⁸, principalmente a dopamina⁹ e a serotonina¹⁰, sendo que esse desequilíbrio seria o responsável pela manifestação da esquizofrenia.

A vulnerabilidade para a esquizofrenia ocorre em numerosas alterações encontradas nos fatores ambientais (incluindo as alterações cerebrais, bem como fatores externos como stress e uso de drogas) tem uma importância muito grande na evolução da doença. Uma tentativa de propor uma síntese da relação entre fatores genéticos e ambientais na gênese da esquizofrenia foi proposta há alguns anos pelo psiquiatra americano John Zubin. (LOUZÃ, 1995 p.52).

Os fatores ambientais que podem gerar problemas podem estar relacionados com a gestação, no período de desenvolvimento embrionário do cérebro, no parto, ou nos primeiros dias de vida da criança, pois nesse período ocorre uma sequência de modificações

⁸ Substâncias químicas produzidas pelas células nervosas que possibilitam a comunicação entre as mesmas.

⁹ Um tipo de neurotransmissor cerebral.

¹⁰ Um tipo de neurotransmissor cerebral.

no cérebro. É nesse período que o cérebro fica mais vulnerável ao desenvolvimento da doença.

O nascimento prematuro extremo (por exemplo, antes de 33 semanas gestacionais) parece aumentar o risco de esquizofrenia. Eventos perinatais e complicações durante o parto podem causar danos ao hipocampo e córtex cerebral por causa da hipóxia¹¹ ou isquemia¹².

Assim, eventos que afetam o desenvolvimento cerebral durante a gestação e o período perinatal estão claramente relacionados à esquizofrenia. A perturbação do meio intra-uterino tem sido correlacionada à esquizofrenia e também pode aumentar os riscos de ocorrência de outros transtornos psiquiátricos. (AKIL e WEINBERGER, 2000).

Muitos estudos epidemiológicos mostram que pessoas que possuem parentes em primeiro grau com esquizofrenia possuem um risco aumentado de desenvolver a doença. Ainda que as estimativas variem, a taxa de concordância para a esquizofrenia em gêmeos idênticos é ao redor de 50% e, para gêmeos dizigóticos, é da ordem de 12%, sendo significativamente maior que o 1% de risco da população geral. Por um lado, esses estudos demonstram a existência do componente genético (quatro vezes maior a probabilidade em gêmeos monozigóticos do que dizigóticos) mas, por outro lado, também ressaltam a participação de componentes ambientais na expressão da esquizofrenia, já que o esperado é teoricamente 100% de concordância para gêmeos monozigóticos, pois a carga genética é idêntica em ambos. (VALLADA FILHO e BUSSATO FILHO, 1996).

Os sintomas da esquizofrenia resultam de desequilíbrios de substâncias neuroquímicas no cérebro, tais como a dopamina, serotonina e noradrenalina. Estudos indicam que esses desequilíbrios podem estar presentes no cérebro antes do nascimento da pessoa. Entretanto, o comportamento da família e da sociedade influenciou fortemente na reabilitação do sujeito com esquizofrenia. (BALLONE, 2005).

Por outro lado, é importante destacar que a esquizofrenia é um transtorno mental cujas causas não são somente orgânicas. Há diversos fatores que influenciam o desenvolvimento da esquizofrenia: sociais, ambientais e psicológicos. A esquizofrenia pode se desenvolver a partir da conjunção desses fatores com uma predisposição genética.

Se a esquizofrenia é considerada uma doença do cérebro, é provável que, assim como patologias de outros órgãos (p. ex., infarto do miocárdio e diabetes), tenha o seu curso

¹¹ Baixo teor de oxigênio.

¹² Insuficiência localizada de irrigação sanguínea, devida a constrição ou a obstrução arterial, e que pode ocorrer em maior ou menor grau.

afetado pelo estresse psicossocial. Além disso, como em qualquer doença crônica, a terapia medicamentosa sozinha raramente é suficiente para se obter a melhora nas intervenções adequada. Portanto, os profissionais de saúde devem considerar os fatores psicossociais que afetam a condição humana. (KAPLAN e SADOCK, 2007).

Segundo os autores, citados acima além das controvérsias quanto às suas causas, o transtorno mental afeta pacientes individuais, cada um dos quais tem uma constituição psicológica singular. Embora muitas teorias psicodinâmicas a respeito da patogênese da esquizofrenia pareçam desatualizadas, observações nas intervenções sensíveis podem ajudar os profissionais contemporâneos a compreender como a doença afeta a psique humana.

2.1.2 O que é a Esquizofrenia de acordo com a Psiquiatria

Segundo DSM-IV (2002) a esquizofrenia é um misto de sinais e sintomas característicos (positivos e negativos), que persistem pelo período mínimo de seis meses, e devem incluir pelo menos dois dos sintomas positivos no período de um mês.

A esquizofrenia é um transtorno psicótico que se caracteriza principalmente por sintomas como delírios, alucinações, disfunção social/ocupacional, entre outros critérios. (APA, 2003).

Os sintomas característicos podem ser conceitualizados enquadrando-se em duas amplas categorias: positivos e negativos. **Sintomas positivos:** distorções ou exageros do raciocínio lógico, conteúdos do pensamento (delírios, interpretações equivocada das informações, que podem surgir perigo ou dano. Delírios persecutórios, bizarros e de identidade. Distorções ou exageros da percepção (alucinações, ouvir vozes sem um estímulo). Geralmente são vozes pejorativas que depreciam, humilham, ordenam, ameaçam e duas ou mais vozes conversando entre si ou comentando os pensamentos ou o comportamento do indivíduo. Manifestações comportamentais (impulsividade, comportamentos bizarros, catatônicos e agitação). Os delírios e as alucinações são classificados como representante de um contexto psicótico. **Sintomas negativos:** Alogia (empobrecimento da linguagem e do pensamento). Embotamento afetivo (diminuição na habilidade de expressar-se emocionalmente). Anedonia (inabilidade de expressar prazer, perda de interesse pela interação social). Avolição (diminuição da vontade). Autonegligência. Lentificação psicomotora. (DSM-IV, 2002, p.304-307, grifo nosso).

Esses sintomas são perdas cognitivas e afetivas causadas pelos surtos de sintomas positivos, sendo mais frequente quanto mais longo for o tempo da doença. Os sintomas negativos tendem a impedir que os pacientes esquizofrênicos conservem um emprego, cultivem amizades e relacionamentos íntimos ou mantenham a capacidade do cuidado de si mesmo e de sua higiene pessoal. (DSM-IV, 2002).

Critérios semelhantes são estabelecidos na Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1993, p.85):

F20- Esquizofrenia- Os transtornos esquizofrênicos são caracterizados, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado. A consciência clara e a capacidade intelectual estão usualmente mantidas, embora certos déficits cognitivos possam surgir no curso do tempo. A perturbação envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um

senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo. Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos como conhecidos ou partilhados por outros e podem se desenvolver delírios explicativos, a ponto de que forças naturais ou 'sobrenaturais' trabalham de forma a influenciar os pensamentos e as ações do indivíduo atingido, de forma que são bizarras. O paciente pode ver a si próprio como pivô de tudo o que acontece. As alucinações, especialmente auditivas, são comuns e podem comentar sobre o comportamento ou os pensamentos do paciente. A percepção é freqüentemente perturbada de outras formas: cores ou sons [...].

Sendo assim, é possível observar que as causas da esquizofrenia são ainda desconhecidas. Porém, há consenso em atribuir a desorganização da personalidade, verificada na esquizofrenia, à interação de variáveis culturais, psicológicas e biológicas.

2.1.3 Tipos e sintomas da Esquizofrenia

Postula-se a existência de vários subtipos de esquizofrenia, principalmente segundo a natureza dos sintomas apresentados pelos pacientes esquizofrênicos. Devido à variedade de sintomas que podem caracterizar a esquizofrenia, pesquisadores não a consideram um transtorno único e sim um grupo com tipos separados. De acordo com o DSM-IV(2002), os subtipos de esquizofrenia são definidos pela sintomatologia predominante à época da avaliação feita ao paciente diagnosticado esquizofrênico. Sendo assim, a apresentação do diagnóstico pode incluir sintomas característicos de mais de um subtipo.

2.1.3.1 Tipo Paranóide

A característica ativa da Esquizofrenia Tipo Paranóide é a presença de delírios ou alucinações auditivas proeminentes no contexto de uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. (DSM-IV 2002 p.317). Esse tipo de esquizofrenia é o mais comum e também o que responde melhor ao tratamento; por esse motivo tem o melhor prognóstico, particularmente com relação ao funcionamento ocupacional e capacidade para a vida independente. (DSM-IV, 2002). Não são proeminentes os discursos e comportamentos

desorganizados, assim o afeto não é embotado ou inadequado. Os sujeitos apresentam pouco ou nenhum prejuízo neuropsicológico e cognitivo. (KAPLAN e SADOCK, 2007).

Corroborando os autores Gerrig e Zimbardo (2005), os sujeitos que sofrem desse tipo de esquizofrenia experimentam delírios complexos e sistematizados concentrados em temas específicos. Segundo DSM-IV (2002), os delírios são tipicamente persecutórios ou grandiosos, e/ou ambos, mas delírios envolvendo outros temas (por exemplo, ciúmes, religiosidade ou somatização) também podem ocorrer. Os delírios podem ser múltiplos, mas geralmente são organizados em torno de um tema coerente. As alucinações também são tipicamente relacionadas ao conteúdo do tema delirante. Aspectos associados incluem ansiedade, raiva, afastamento e tendência a discussões. Os temas persecutórios podem predispor o sujeito ao comportamento suicida, e a combinação de delírios persecutórios e grandiosos podem predispor à violência.

São critérios diagnósticos para a Esquizofrenia do Tipo Paranóide:

Um tipo de Esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios:

A. Preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas frequentes.

B. Nenhum dos seguintes sintomas é proeminentes: discurso desorganizado, comportamento desorganizado, catatônico ou afeto embotado ou inadequado. (DSM-IV, 2002 p. 317).

2.1.3.2 Tipo Desorganizado

As características essenciais da Esquizofrenia do Tipo Desorganizado são discurso e comportamento desorganizados e afeto embotado ou inadequado. O discurso desorganizado pode ser acompanhado por atitudes tolas e risos sem relação adequada com o conteúdo do discurso. Sendo assim, a desorganização comportamental (como a falta de orientação para um objetivo) pode levar a uma grave perturbação na capacidade de executar atividades da vida diária como tomar banho, vestir-se ou preparar refeições. (DSM-IV, 2002, p. 318).

Neste grupo estão as pessoas que têm problemas de concentração, pouca coerência de pensamento, pobreza de raciocínio, discurso infantil. Fazem comentários fora do contexto e se desviam totalmente do tema da conversação. Expressam falta de emoção ou

emoções pouco apropriadas, rindo a gargalhadas em ocasiões solenes, rompendo a chorar por nenhum motivo aparente. (KAPLAN e SADOCK, 2007).

Este grupo está associado com uma fraca personalidade pré-mórbida¹³, início precoce ou insidioso e um curso contínuo sem remissões significativas. Historicamente, e em outros sistemas de classificação, este tipo é chamado de hebefrênico. (DSM-IV, 2002).

São critérios diagnósticos para a esquizofrenia do Tipo Desorganizado:

Um tipo de Esquizofrenia no qual são satisfeito os seguintes critérios:

A. Todos os seguintes sintomas são proeminentes:

- (1) discurso desorganizado
- (2) comportamento desorganizado
- (3) afeto embotado ou inadequado

B. Não são satisfeito os critérios para o Tipo Catatônico. (DSM-IV, 2002, p. 318).

2.1.3.3 Tipo Catatônico

É o tipo menos frequente de esquizofrenia. Como características são apresentados transtornos psicomotores, tornando difícil ou impossível ao paciente mover-se, passando horas sentado na mesma posição. A falta da fala também é frequente neste grupo. (BALLONE, 2005).

São os critérios diagnósticos para a esquizofrenia do Tipo Catatônico:

Um tipo de Esquizofrenia em cujo quadro clínico ocorre predominante de no mínimo dois dos seguintes sintomas:

- (1) imobilidade motora evidenciada por cataplexia (incluindo flexibilidade céreo¹⁴ ou estupor).
- (2) atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos).
- (3) extremo negativismo (uma resistência aparentemente sem motivo a toda e qualquer instrução, ou manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização) ou mutismo.

¹³ Segundo ZUARDI A.W. e LOUREIRO S.R., 1996). uma fraca personalidade pré-mórbida, compreende o conjunto de atitudes e padrões habituais de comportamento do indivíduo, a descrição deve abarcar o modo de ser habitual do paciente, independente da sua situação de doença. Trata-se de uma tarefa complexa e difícil de exercer e engloba os seguintes aspectos: as preocupações excessivas com ordem, limpeza, pontualidade, o estado de humor habitual, a capacidade de expressar os sentimentos, a maneira como se expressa habitualmente, o nível de desconfiança e competitividade, a capacidade para executar planos e projetos e a maneira como reage quando se sente pressionado.

¹⁴ De cera.

- (4) peculiaridades dos movimentos voluntários evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismo ou trejeitos faciais proeminentes).
- (5) ecolalia ou ecopraxia. (DSM-IV, 2002, p.319).

2.1.3.4 Tipo Indiferenciado

A característica essencial da esquizofrenia do Tipo Indiferenciado consiste na presença de sintomas que satisfazem o Critério A de Esquizofrenia, mas não satisfazem os critérios para os Tipos Paranóide, Desorganizado ou Catatônico. (DSM-IV, 2002).

Aparece lentamente, normalmente começa na adolescência com emoções irregulares ou pouco apropriadas, pode ser seguida de um paulatino isolamento social, perda de amigos, poucas relações reais com a família e mudança de caráter, passando de sociável a anti-social e terminando em depressão. Nesta forma da esquizofrenia não se observam muitos surtos agudos. (BALLONE, 2005).

Apesar dessa classificação, é bom destacar que os pacientes esquizofrênicos nem sempre se encaixam perfeitamente numa dessas categorias. Também existem pacientes que não se podem classificar em nenhum dos grupos mencionados. A estes pacientes se pode dar o diagnóstico de esquizofrenia Tipo Indiferenciado. (KAPLAN e SADOCK, 2007).

2.1.3.5 Tipo Residual

A esquizofrenia Tipo Residual deve ser diagnosticada quando houver pelo menos um episódio de Esquizofrenia, mas o quadro clínico atual não apresenta sintomas psicóticos positivos proeminentes. (DSM-IV, 2002).

São os critérios diagnósticos para a esquizofrenia do Tipo Residual:

- Um tipo de Esquizofrenia no qual são satisfeito os seguintes critérios:
- A. Ausência de delírios e alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico proeminentes.
 - B. Existem evidências contínuas da perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A para a

Esquizofrenia, presente de forma atenuada (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns). (DSM-IV, 2002, p.320).

2.1.4 Tratamento para a Esquizofrenia

O tratamento correto para os pacientes esquizofrênicos é a adesão da farmacologia e das estratégias psicossociais. Não são tratamentos antagônicos, mas complementares, na tentativa de melhorar o quadro sintomatológico, aliviar as tensões existentes e fortalecer a parte saudável do paciente. (NUNES, 2000).

A avaliação e a assistência ao paciente esquizofrênico devem ser realizadas pelo médico psiquiatra e por equipe multidisciplinar. O diagnóstico é feito por meio do quadro clínico, conforme o conjunto de sintomas que o paciente apresenta e a história de como esses sintomas foram surgindo e se desenvolvendo. Não existe nenhum tipo de exame laboratorial que permita confirmar a doença. (SERVIÇOS DE SAÚDE - LINCX, 2009).

Existem critérios pré-estabelecidos como ponto de partida conforme prescrevem o DSM-IV (2002) e a CID 10 (1993), que colaboram para a realização de um diagnóstico mais preciso. O tempo de prevalência da doença e a demora na procura do tratamento podem influenciar no prognóstico, pois os sintomas tornam-se mais intensos, implicando em maior tempo de tratamento psicofarmacológico. Uma intervenção adequada envolve o tratamento farmacológico, psicossocial e a inclusão da família.

2.1.4.1 Tratamento Farmacológico

Os medicamentos antipsicóticos, introduzidos no início da década de 1950, revolucionaram o tratamento da esquizofrenia. Dois a quatro pacientes tem recaídas quando são tratados com placebos, comparado aqueles que são tratados com fármacos antipsicóticos. Esses agentes, no entanto, atêm-se aos sintomas da doença, mas não curam a esquizofrenia. (KAPLAN e SADOCK, 2007).

O tratamento farmacológico é extremamente importante e consiste no uso de medicamentos antipsicóticos. A duração do tratamento farmacológico está relacionada ao

prognóstico da doença, e o tipo de tratamento consiste no uso frequente de medicamentos chamados neurolépticos¹⁵. A medicação antipsicótica é muito ativo no manejo de sintomas positivos da esquizofrenia, porém os sintomas negativos costumam ser constantes ao longo do tempo e tem uma menor resposta aos fármacos. (GABBARD, 1998).

Os antipsicóticos dividem-se em dois tipos de drogas: os antipsicóticos típicos ou convencionais e os atípicos. Os antipsicóticos típicos ou convencionais são antagonistas da dopamina, resultando na diminuição dos sintomas positivos como delírios, alucinações, e na produção de efeitos colaterais. Os mais comuns são a acatisia¹⁶ e sintomas semelhantes aos de parkinsonismo, como rigidez e tremor. (GABBARD,1998).

A Clozapina¹⁷, o Risperidona e o Olanzapine são os principais medicamentos antipsicóticos de nova geração que parecem causar maior força sobre os sintomas negativos, possibilitar doses mais baixas e, conseqüentemente, menores efeitos colaterais. Para o início do tratamento não é recomendado o uso da clozapina, pois esse medicamento possui efeitos colaterais mais graves. (GIACON e GALERA, 2004).

O tratamento farmacológico deve ser mantido, pelo menos, durante os dois primeiros anos após o primeiro surto para controlar uma recaída mais aguda. O paciente e a família devem ser orientados sobre os perigos do uso/abuso do medicamento prescrito. (GIACON e GALERA, 2004).

A adesão ao tratamento inclui a participação familiar e social em relação à forma e ao controle da medicação, colaborando para uma maior qualidade de vida do doente. A prescrição de medicamento antipsicótico deve ocorrer juntamente com uma união terapêutica para garantir uma melhora significativa e a remissão dos sintomas do transtorno esquizofrênico.

Em geral os pacientes esquizofrênicos não são violento ou perigoso. Fora de uma crise é um paciente como qualquer outro. Alguns, quando em crise, se tornam agressivos, verbal ou fisicamente, pois os delírios ou as alucinações podem fazê-los sentir-se ameaçados. Nesses momentos, é importante conversar com o paciente sem provocá-la, mantendo um diálogo franco e tranquilo. Na hipótese de ser necessário conter um ato agressivo, é preciso contar com mais pessoas para evitar que o paciente ou terceiros se machuquem. Episódios de

¹⁵ Também chamados antipsicóticos, são medicamentos utilizados no tratamento da esquizofrenia.

¹⁶ Condição que varia entre uma sensação de inquietação e a incapacidade de sentar-se ou de deitar-se tranquilamente, ou de dormir; catisofobia.

¹⁷ A clozapina é superior ao haloperidol para o controle dos sintomas psicóticos positivos, em pacientes que apresentaram apenas uma resposta parcial ao tratamento.

agressividade, a depender da intensidade, são situações que indicam a necessidade de eventual internação para garantir a integridade do paciente ou terceiros. (BALLONE 2009).

Embora a vasta maioria dos pacientes com esquizofrenia não seja violenta, muito do estigma associado com a doença está ligado à percepção que os pacientes são inerentemente violentos ou agressivos. Historicamente, a primeira geração de antipsicóticos teve como objetivo de tratamento os pacientes violentos ou agressivos, embora os graves efeitos colaterais limitem seu benefício. Por conseguinte, pesquisas neste campo, particularmente em relação aos benefícios dos antipsicóticos atípicos mais modernos para reduzir tal comportamento violento, é de grande importância aos pacientes e seus familiares. (ARANGO, 2005).

2.1.4.2 Tratamento Psicossocial

Para o paciente psiquiátrico, tomar a medicação é a condição necessária, mas não suficiente para o tratamento da esquizofrenia. Além das medicações, vários outros procedimentos são necessários para auxiliar o paciente em sua reinserção global. O tratamento da esquizofrenia envolve um trabalho de equipe, onde diferentes profissionais atuam de modo simultâneo colaborando no processo de reabilitação. A proposta da reabilitação psicossocial é proporcionar ao paciente a melhor qualidade de vida possível dentro dos limites que a doença impõe. (LOUZÃ, 1995).

A esquizofrenia é uma doença de grande extensão que, além da psicopatologia, compromete a vida de relação do paciente esquizofrênico. Exige, em geral, o tratamento em equipe multidisciplinar. O tratamento psicossocial é imprescindível para voltar a organizar a vida do paciente. A modalidade da abordagem psicossocial deve ser escolhida de acordo com a evolução do quadro e das possibilidades do paciente. (SHIRAKAWA, 2000).

Nunes (2000, p.103) apresenta estratégias psicossociais:

A atuação da equipe multidisciplinar tem sua forma plena através de diferentes estratégias psicossociais. A psicoterapia, a terapia ocupacional, os grupos operativos, a orientação familiar e o treinamento de habilidades trazem benefícios que vão além de apenas aumentar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso. Tentam recuperar os pacientes para si mesmos e para a sociedade, melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

Psicoterapia para pacientes esquizofrênicos, segundo Shirakawa (2000), deve ter por finalidade melhorar os sintomas, prevenir as recaídas e evitar a institucionalização. Entretanto, nos momentos de crise, deve ajudar a encarar uma internação necessária como medida protetora. Corroborando o autor Bruscato (1998, apud SHIRAKAWA, 2000, p.7) considera que seus principais objetivos são:

- 1- interromper a perda da capacidade mental, preservando o contato com a realidade;
- 2- restaurar a capacidade de cuidar de si e de administrar sua vida, e manter o máximo de autonomia [...], psicológico e social possível;
- 3- diminuir isolamento;
- 4- reconhecer e reduzir a natureza ameaçadora dos eventos da vida, para os quais existe uma sensibilidade particular;
- 5- conscientizar os sujeitos sobre a realidade de seus recursos e limitações, tanto ajudando a descobrir e realizar seu potencial, quanto ajudando na aceitação de suas limitações;
- 6- aumentar suas defesas diante de situações estressoras, liberando recursos que eventualmente, estejam obstruídas pela psicose e desenvolver fontes alternativas para a solução de seus problemas;
- 7- recuperar e promover a auto-estima, a auto-imagem e a auto confiança, proporcionando contínuo progresso;
- 8- estimular a independência, os cuidados consigo mesmo em questões de higiene e capacitar o paciente para as atividades da vida diária.

Estudos sobre a psicoterapia de grupo com pacientes esquizofrênicos sugerem que essa maneira de ser peculiar a cada sujeito pode ser útil, mas enfatizam o momento de sua implementação. O paciente agudamente desorganizado é incapaz de selecionar estímulos ambientais, e os múltiplos estímulos presentes em um ambiente de grupo podem sobrecarregar o já debilitado paciente exatamente quando está tentando restabelecer-se. (GABBARD, 1998. p. 145).

Na terapia ocupacional são desenvolvidas atividades, principalmente manuais e de expressão, tais como pintura, trabalho com argila, desenho e outras. Não há preocupação com desempenho e produtividade do paciente, importa o incentivo do contato do paciente com a realidade. A interação paciente – atividade – terapeuta auxilia na reorganização da capacidade de expressão do paciente. Pode ser feita individualmente ou em grupo. (LOUZÃ, 1995).

Na orientação familiar toda doença crônica dificulta a vida do paciente e sua relação com a família. Se, por um lado, é importante a conscientização do doente sobre doença para que tenha os meios para combatê-la, por outro, se a família não for igualmente conscientizada, os choques serão inevitáveis. Estudos internacionais mostram que as recaídas são mais frequentes quando o ambiente familiar é estressante. Assim, as intervenções definidas como programas de tratamento psicopedagógico das famílias têm a finalidade de

diminuir as tensões presentes no ambiente familiar e de melhorar o funcionamento social do paciente. Há programas familiares que são realizados com a presença conjunta da pessoa com esquizofrenia e dos demais membros da família, enquanto outras metodologias propõem a realização de programas de orientação aos familiares sem a presença conjunta dos doentes. Em ambos os casos, esses programas são orientados para os seguintes objetivos:

1. reduzir o custo da doença (por exemplo, uma família bem orientada contribui para reduzir as possibilidades de recaídas e reinternações);
2. orientar a família sobre o programa medicamentoso e de atividades da vida diária;
3. ajudar o portador a colaborar com o tratamento e a assumir responsabilidades, dentro do possível;
4. verificar se está havendo resposta ao tratamento e comunicar as mudanças que surgirem;
5. estar informado sobre os sinais e os sintomas precoces de recaídas;
6. encorajar o portador a tornar-se independente, para suprir suas necessidades básicas como casa, comida e dinheiro;
7. familiares muito exigentes devem ser orientados a serem menos exigentes;
8. familiares ausentes devem ser orientados para serem mais participantes. (SHIARAKAWA, 2000 p. 7).

O acompanhamento terapêutico é uma atividade desenvolvida por uma pessoa tecnicamente capacitada (o acompanhante terapêutico ou AT) junto ao paciente em seu dia a dia, em seu ambiente de vida. Ao compartilhar junto ao paciente do seu cotidiano, auxilia no desenvolvimento de novas atividades, aumentando seu campo de experiências e colaborando também na recuperação de capacidades perdidas. Estando junto ao paciente nas diversas situações de sua vida, o AT pode ajudá-lo a refletir sobre suas dificuldades no momento exato em que ocorrem, favorecendo a organização e o desenvolvimento de metas e a reintegração ao meio social. (LOUZÃ, 1995).

O tratamento consiste, então, em levar o paciente a um funcionamento mais favorável e ao seu pertencimento à convivência social (na família, com os vizinhos, num trabalho, em todas as relações sociais possíveis) e a uma maior autonomia pessoal: enfim, a um “bom funcionamento”. Complementando isso, fazendo uma intervenção no meio social como ao introduzir os pacientes psiquiátricos no hospital geral e no entorno social, de modo a fazer com que o meio social esteja mais disponível para acolher essa pessoa que circula com um modo peculiar de ser. (TENÓRIO e ROCHA, 2006. p. 57).

2.1.4.3 O uso da contensão como medida de tratamento

No dicionário médico¹⁸ contenção significa o ato de conter, de imobilizar, de reduzir um impulso. No dicionário da língua portuguesa¹⁹, contenção refere-se ao ato de conter, que significa ter em si, incluir, amarrar, sendo que amarrar é atar, prender.

O vocábulo contenção é mencionado referindo-se à capacidade da pessoa conter, incluir a outra, conter o paciente, organizando uma estrutura de sustentação, objetiva ou subjetiva, mas que permita ao outro ser contido, ou apoiar-se e sentir-se incluído tendo a dimensão do limite compartilhado, não estando sozinho para suportar sua ansiedade e despreparo. Dessa forma, usar a contenção como mediadora e o paciente esquizofrênico e, portanto, coparticipante no processo relacional. Assim o objetivo da contenção é amarrar, mas não apenas com amarras de pano, mas amar-los no jogo das interações sociais. (CAVALCANTE e HUMEREZ, 1997).

Corroborando com os autores citados a cima, MOFFATT (1983), aponta que diversas formas de contenção são usadas como medidas terapêuticas na forma de psicoterapias folclóricas, como por exemplo, os atos de cerimônias na macumba, os passes mágicos de curandeiros, os rituais xamãs, muitas atitudes maternas e pode-se perceber que nelas, está presente a trama de sustentação, na qual alguém se encarrega da ansiedade de outra pessoa.

Diante do revelado, parece claro, a contenção deve ser utilizada como ação de conter impulsos, de limitar o outro, mas conter não apenas os impulsos físicos, mas especialmente os emocionais.

Buscando compreender o uso da contenção, Moffat (1983) ao destacar que o paciente colocado em situações desconhecidas e adversas até então, sente-se basicamente só e poderá ficar confuso, pois, perdeu parte dos vínculos com as pessoas significativas de sua relação e a capacidade de estruturar a realidade poderá ficar também comprometida, e assim, é frequente e esperado que os pacientes esquizofrênicos apresente comportamentos regressivos que muitas vezes não são aceitas socialmente como o choro, a inquietação, ansiedade, agressividade entre outros.

É provável que qualquer comportamento que importune emocionalmente o profissional da saúde em seu ambiente de trabalho, o profissional determinará em medida de contenção ao limite às manifestações incomodas do paciente.

¹⁸ FORTE, H.; PACHECO, G. Dicionário Médico, Rio de Janeiro, Ed. F.M. de Mello, 1989.

¹⁹ FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1989.

Segundo Cavalcante e Humerez (1997), uma das ações de contenção mais comuns nos ambientes hospitalares são: Contensão química e mecânica. O uso da contenção química na psiquiatria é extremamente frequente, a contenção por ser uma modalidade ainda infelizmente aceita socialmente. Ela, às vezes, é denominada por pacientes e também por profissionais de sossega leão, fazendo alusão à fera que deve estar o paciente e aos efeitos sossega causada pela droga.

O uso da contenção mecânica na psiquiatria, na clínica quando necessita ser contido para receber alguma medicação e não tem autocontrole para isso e no pronto socorro do hospital geral quando o paciente estava em autoagressão ou agredindo alguém como medida rotineira sem a necessidade desta (CAMPOS, 1996).

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA – UM POUCO DA HISTÓRIA

O transtorno mental chamava a atenção da população na Grécia antiga. A loucura era vista com bons olhos perante a sociedade; entendia-se que, pelo fato do louco falar sozinho, ele estava conversando diretamente com Deus. Diferente da Grécia, a partir do século XXII, a igreja passou a mandar para a fogueira todos os que representavam ameaça à sua soberania, inclusive os loucos. Afinal, se esses falavam com Deus, como o clero poderia afirmar seu poder perante os fiéis? No século XVII, a repressão passou a não ser mais religiosa e passou a ser econômica, pois na época do desenvolvimento do mercantilismo²⁰ os loucos eram considerados ociosos. Pelo fato de não produzirem, foram submetidos a internações juntamente com mendigos, idosos e crianças abandonadas. (FOUCAULT, 1975).

No fim do século XVIII, a concepção de saúde mental foi criada pelo médico francês Philippe Pinel. Considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento moral aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa. O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente em uma série de regras, princípios, rotinas que são adotados nas instituições e que têm como objetivo reorganizar o mundo externo dessas pessoas institucionalizadas. Em outras palavras, na reeducação dos alienados no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio devia ser exercida com firmeza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida. (LANCETTI e AMARANTE, 2006, p. 619).

[...] nomear alguém de alienado poderia significar dizer que ele estava incapaz de participar da sociedade. Na Idade da Razão, o conceito de alienação seria suficiente para excluir as pessoas identificadas como tais. Efetivamente, para Pinel, a alienação mental seria fruto, não de uma perda total da Razão, mas de um distúrbio da Razão. O que é paradoxal, pois a Razão é um conceito absoluto. Uma pequena alteração na Razão implica que não existe Razão verdadeira [...].

²⁰ Tendência para subordinar tudo ao comércio, ao interesse, ao lucro, ao ganho.

A partir da criação dos manicômios, os doentes mentais passaram a ter um lugar específico para tratamento. Contudo, esses manicômios transformavam-se em verdadeiros depósitos humanos; os usuários eram submetidos a grande doses de medicamentos, maus-tratos, falta de higiene e longos períodos de internações, além de práticas como eletro choques que tinham fins punitivos e não de tratamento desses sujeitos. Os pacientes eram tratados como sujeito desprovido de razão, como verdadeiros animais.

[...] aventar a possibilidade de uma pessoa Sem-Razão, ou desprovida da Razão, em outras palavras, irracional, implica aproximá-la da idéia de animalidade que, de acordo com o senso comum, é sinônimo de irracionalidade [...] a relação quase obrigatória entre os conceitos de alienação mental e de periculosidade [...] a necessidade de internamento de enfermos mentais decorre da probabilidade de que o louco seja perigoso, de que represente riscos, para si próprio e para a sociedade [...]. (LANCETTI e AMARANTE, 2006 p.616).

Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral passa a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com uma outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX.

O Hospital Psiquiátrico criado por Philippe Pinel não foi verdadeiramente um lugar de tratamento e de cuidado de sujeitos com sofrimento psíquico. Pelo contrário, em pouco tempo passaram a existir denúncias de maus-tratos, de violência, de violação dos direitos humanos dos sujeitos internados. Surgiram então muitas propostas de mudanças no modelo psiquiátrico centrado no Hospital, que demarcam a segunda acepção da saúde mental, que diz respeito às Reformas Psiquiátricas. (LANCETTI e AMARANTE, 2006).

2.2.1 O que é a Reforma Psiquiátrica

Franco Basaglia, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste na década de 70, deu início ao processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico.

Em Trieste ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos. Outro fator dessa re-engenharia institucional foi a distribuição das pessoas internadas não pela sua patologia, mas pela região de proveniência. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia". (AMARANTE, 2003).

Esse movimento de reforma iniciou-se na Itália, mas teve repercussões em todo o mundo e, muito particularmente, no Brasil. Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial, que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias. Segundo o Ministério da Saúde (2009, p. 1) a Reforma Psiquiátrica:

É a ampla mudança do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade; é amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou 2 anos; significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade; o atendimento é feito em Caps- Centro de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centro de Convivência; as internações, quando necessárias são feitas em hospitais gerais ou no Caps/ 24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica. Em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 (Anexo A) que dispõe sobre a proteção e sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental, a qual visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de

longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer. “Desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos.” (AMARANTE, 2003, p. 42).

O modelo de tratamento preconizado pela psiquiatria parte de uma concepção de sujeito biológico, ou seja, leva em consideração apenas os aspectos fisiológicos do sujeito, desconsiderando suas dimensões sociais e psicológicas. Sendo o homem um ser apenas biológico, os tipos de tratamentos tinham um caráter absolutamente médico, centrado na dimensão fisiológica humana. As causas de todas as doenças, inclusive das doenças mentais, eram consideradas orgânicas, levando a um tipo de tratamento hospitalocêntrico, que isolava o sujeito com o objetivo de curá-lo. Esse tipo de tratamento é característico do Paradigma Psiquiátrico, combatido pela Reforma Psiquiátrica, que propõe sua substituição pelo Paradigma Psicossocial. (COSTA et al, 2003). Uma das propostas da Reforma Psiquiátrica é pautada na desinstitucionalização. Desinstitucionalizar, em saúde mental, não significa acabar com todas as instituições que existem, tampouco apenas desospitalizar. Segundo Costa et al (2003), a desinstitucionalização tem por objetivo criar órgãos substitutivos à prática psiquiátrica para atender a população com Transtorno Mental, a partir da Psiquiatria de Setor e/ou da Psiquiatria Comunitária. Além disso, representa a superação do monopólio das especialidades, ou seja, do tratamento médico biologicista que não leva em consideração aspectos psicossociais envolvidos no processo de adoecimento e recuperação de saúde do sujeito.

2.2.2 Reforma Psiquiátrica: Panorama Atual

O Governo Brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; implantar o programa “De Volta Para Casa”; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrada no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares- PNASH- Psiquiatria. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento desses serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Esses serviços devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. O CAPS caracteriza-se por um modelo de atenção à saúde mental, baseado não apenas na remissão temporária de sintomas, mas na assistência aberta, intensiva e continuada a pacientes que necessitem de tratamento psiquiátrico, mas que apresentem condições de permanecer no convívio familiar mesmo durante o período de tratamento. Trata-se de um espaço terapêutico, onde se busca entender e qualificar pessoas com graves problemas de relacionamento para o exercício da cidadania e melhor qualidade de vida para ela e seus familiares. As oficinas oferecem espaço no qual o usuário vai apresentar seu potencial sadio e suas necessidades de tratamento, através de construções, expressões e formas de relacionamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escolas, trabalho, boteco etc.). É nessa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem

com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.11).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe de atenção básica, sejam outros profissionais) deve ter um projeto terapêutico próprio, ser centrado nas necessidades dos usuários; ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para atividades domésticas e pessoais, e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; respeitar os direitos do usuário enquanto cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

São considerados Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental todos os recursos de hospitalidade e acolhimento noturno da rede de atenção à saúde mental (leitos dos Hospitais Gerais, dos CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas), quando articulados em rede – podendo estar associados aos leitos de hospitais psiquiátricos de pequeno porte, quando eles existirem. Esses leitos devem ofertar o acolhimento e o cuidado integral ao paciente em crise, devendo estar articulados e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente com isso os profissionais da saúde precisam estar preparados para essa função integradora. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Estima-se que, até o final de 2006, os macro-hospitais remanescentes tenham todos reduzidos significativamente seus leitos, para menos que 600 leitos. A redução global estimada é da ordem de 2.500 a 3.000 leitos ao ano, sempre dos maiores para os menores hospitais. Assim, pode projetar-se um cenário de menos de 30.000 leitos psiquiátricos convencionais, no total do país, para os próximos anos. É preciso, entretanto, ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (atualmente, 2.100 leitos), em unidades pequenas, de no máximo 15 leitos[...]. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 p. 24).

Criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, o Programa de Volta para Casa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nos últimos anos, foi possível constatar os efeitos imediatos do Programa no cotidiano dos sujeitos que sofreram agressões em hospitais psiquiátricos, “o auxílio à reabilitação realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.37). Esse Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

2.3 A ESQUIZOFRENIA NO HOSPITAL GERAL

O Hospital Geral da Idade Média constituiu-se de um sentido muito diferente do atual. Até a metade do século XVII, um misto de exclusão, caridade e assistência espiritual tomou conta dessas instituições. Não sendo uma instituição médica, não tinha como ideal a cura desses pacientes. Apenas no século XVIII passou a assumir a função médica. (FOUCAULT, 1967).

A psiquiatria adentrou o século XX marcada por um modelo assistencial asilar e segregador. A proposta de Unidades Psiquiátricas de Hospitais Gerais (UPHGs) emergiu nesse contexto e tem representado, desde seu início, simultaneamente uma crítica e uma tentativa de alternativas terapêuticas ao hospital psiquiátrico tradicional. (BOTEGA e DALGALARRONDO, 1997).

O início das UPHGs em seu sentido moderno (com planejamentos terapêuticos, integração à medicina geral, internações breves com rápido retorno à comunidade de origem, serviços de interconsultas e de emergência) deu-se em 1902 no Albany Medical Center, em Nova Iorque. Outras foram surgindo ao longo das décadas de 1920 e 1930. (DETRE e KUFTER, 1975 apud BOTEGA, 2006).

No Brasil, as primeiras enfermarias de psiquiatria em Hospitais Gerais surgiram na década de 1950. Em 1954 foi criada a primeira, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia. Contava com seis leitos para mulheres e com ambulatórios de psiquiatria localizados na mesma instituição. Ainda em 1954, foi organizada outra UPHG, no Hospital dos Comerciários de São Paulo. Em 1957, no Hospital Pedro II, da Universidade Federal de Pernambuco, estabeleceu-se uma UPHGs com 20 leitos. (SAMPAIO, 1956; BRASIL, 1982 apud BOTEGA, 2006).

Em 1992, a Portaria nº 244 do Ministério da Saúde consagrou em suas diretrizes o atendimento universal, hierarquizado, regionalizado e integral e a diversidade dos métodos de tratamento. Normatizando o atendimento em unidades básicas, em centros de atenção psicossocial e no Hospital Geral (internação e emergência). (DALGALARRONDO, 1990).

No ano de 1997, um terço das 63 UPHGs que responderam a um estudo censitário havia sido instalado na primeira metade daquela década. A maioria se encontrava no Sul e Sudeste. A maior parte (59%) dessas unidades era pública, 33% delas eram filantrópicas, e 8% particulares conveniadas. Uma enfermaria de psiquiatria contava, em média, com 20

leitos, o que representava 14% da capacidade do hospital. Apenas 32% dos hospitais dispunham de um conjunto de quatro serviços psiquiátricos (enfermaria, interconsultas, ambulatório e pronto-socorro psiquiátrico); em geral tratava-se de instituições públicas e universitárias. (BOTEGA e SCHECHTMAM, 1997 apud BOTEGA, 2006).

Corroborando os autores citados acima:

A inauguração de enfermarias de psiquiatria em pequenos hospitais filantrópicos e a admissão de pacientes psiquiátricos em enfermarias de clínica médica são fenômenos característicos dos últimos tempos. Essa última eventualidade traz pelo menos três grandes problemas: o manejo de pacientes psicóticos, às vezes agitados, a atitude dos outros pacientes e de seus familiares em relação ao doente mental e a oposição da administração e do corpo clínico do hospital em relação à admissão de doentes mentais [...]. (BOTEGA, 2006 p. 21).

As UPHGs têm-se adequado, mais frequentemente, aos pacientes psicóticos agudos e aos acometidos por transtorno de humor. A internação de pacientes neuróticos graves também é bem maior do que a que ocorre em hospitais psiquiátricos. (DALGALARRONDO, 2003 apud BOTEGA, 2006)

Têm-se apontado as principais vantagens das UPHGs. Os autores destacam algumas vantagens. Segundo Botega e Dalgalarrrondo (2006, p. 22):

Diminuição do estigma da doença mental: no hospital geral, o doente mental passa a ser visto como um doente semelhante aos outros. Proximidade e acesso: os hospitais gerais, via de regra, estão mais próximos e acessíveis as populações atendidas. Isso favorece a regionalização e a continuidade da assistência, bem como o transtorno mais precoce dos transtornos mentais, diminuindo, pelo em partes a cronificação. Maior transparência da prática psiquiátrica: não sendo tão isolados, os hospitais gerais permitem uma melhor observação e, mesmo, fiscalização contra possíveis abusos e maus-tratos a pacientes. Melhor atenção à saúde física: há maior disponibilidade de médicos de diversas especialidades e de recursos diagnósticos, facilitando o reconhecimento e o tratamento de doença e intercorrências clínicas somáticas (estudos epidemiológicos têm demonstrado exaustivamente que doentes mentais têm prevalência aumentada de distúrbios e doenças somáticas. Maior intercâmbio interdisciplinar com outras especialidades médicas, favorecendo a assistência, a pesquisa e a formação de profissionais da saúde.

Há várias ações relacionadas a internações psiquiátricas em UPHGs. Há dúvida quanto se essas unidades, juntamente com centros de atenção psicossociais (CAPS), poderão substituir os hospitais psiquiátricos e, conseqüentemente, se estes últimos serão um dia extintos. Tal contestação tem sido marcada por posturas políticas e doutrinárias conflitantes, o que torna o debate mais complexo do que uma simples adesão a opções técnicas diferentes. A UPHG é mais uma entre várias alternativas assistenciais que uma rede de atenção ao doente mental deveria oferecer. (BOTEGA, 2006).

2.4 A PSICOLOGIA NO HOSPITAL GERAL

A participação do psicólogo na rede de saúde pública inicia em torno de 1970, devido à necessidade de ações preventivas no âmbito da saúde. Em decorrência do surgimento da nova concepção de saúde e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil houve o desenvolvimento de equipes multidisciplinares nos setores públicos, incluindo psicólogos. A partir dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, o cidadão passou a ter direito à saúde física, mental e social. Assim, os psicólogos foram introduzidos a novas áreas de atuação que ultrapassam os consultórios e se estendem às instituições, sendo uma delas, o hospital. (KAHHALE, 2003).

O Brasil tem sido considerado por algumas pesquisas como o precursor da Psicologia Hospitalar, área de atuação da psicologia que intervém nos processos doença – internação - tratamento envolvidos pela relação paciente - família - equipe, utilizando teorias e técnicas específicas para a atenção às pessoas num contexto hospitalar. Os profissionais dessa área focam seu trabalho nas demandas psicológicas apresentadas no processo doença – internação - tratamento, nas reações que podem agravar o problema do paciente ou dificultar o processo de recuperação. Além disso, temas como o processo de morte e morrer, perdas irreversíveis causadas pela doença, angústia e sofrimento ocorridos no período da internação também são enfoques da psicologia hospitalar. (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

Simonetti (2004, apud PINTO, 2005) considera como Psicologia Hospitalar o campo de entendimento e tratamento de aspectos psicológicos ligados ao adoecimento, ou seja, manifestações subjetivas da doença, tais como as crenças, os estigmas, os sonhos, os conflitos, as lembranças e os pensamentos. Segundo Simonetti, a doença não fala; o doente, sim.

Dessa forma, o psicólogo hospitalar busca a promoção, a prevenção, a recuperação do bem-estar do paciente, no seu todo. (CAMPOS, 1995 apud RIBEIRO, 2005). Em relação à atuação do Psicólogo no hospital, Campos (1995, p. 14) considera que:

O psicólogo tem uma atuação dentro do Hospital, como um profissional da saúde, envolvendo o indivíduo e as áreas social e da Saúde Pública, buscando sempre o bem-estar individual e social, utilizando também informações das áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e outras áreas afins.

No entanto, os recursos técnicos e metodológicos utilizados, que provém de outras áreas da Psicologia, como também as suas bases teóricas, nem sempre garantem a adequação das atividades realizadas pelo psicólogo no contexto hospitalar, dificultando também a delimitação da identidade da Psicologia Hospitalar. Dessa maneira, é preciso que os psicólogos sempre reflitam sobre o seu saber e a sua prática em psicologia hospitalar, para que estejam sempre associados ao seu objeto de estudo dentro do hospital, que são o paciente, a doença e a saúde, como também os seus aspectos biopsicossociais envolvidos. (CHIATTONE, 2002).

3 MÉTODO

Delimitar o método utilizado nesta pesquisa científica foi um importante meio para que tivesse validade e fidedignidade suficientes para vir a ser aprovada pelo ambiente acadêmico. Para delimitar o método, se fez necessário um conjunto de procedimentos adequados e sistematizados que precisaram estar de acordo com a pesquisa realizada, respondendo assim ao problema com segurança e qualidade. Este capítulo expõe o método escolhido para a realização deste trabalho.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A caracterização desta pesquisa é de natureza qualitativa, procurando a descrição do tema estudado através da compreensão dos aspectos que envolvem a subjetividade das equipes de saúde que atuam em Hospitais Gerais, ou seja, o conhecimento desses profissionais acerca da esquizofrenia. (RAVEN, 2002).

Na intenção de alcançar o objetivo geral, esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, pois a mesma objetivou trabalhar, conforme nos apresenta Minayo (2004, p. 21): “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”. Segundo a mesma autora, a pesquisa qualitativa procura conhecer e entender fenômenos que não podem ser mensurados, a fim de explicar as relações sociais, partindo do cotidiano das pessoas.

Esta pesquisa foi classificada como exploratória, visto que essa temática é pouco discutida nas literaturas investigadas, portanto buscou-se uma familiarização com o tema. O que pode ser conferido com Gil (1991, p. 45):

Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto bastante flexível de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Nesta pesquisa, o delineamento utilizado foi o estudo de campo. De acordo com Gil (2002), este tipo de delineamento permite um maior aprofundamento do fenômeno que se pretende estudar. Sendo assim, foi possível investigar qual o conhecimento de profissionais da saúde acerca da esquizofrenia.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

Quanto à definição da população desta pesquisa, trata-se de profissionais da área da saúde que atuam em Hospitais Gerais na região da Grande Florianópolis, os quais não foram identificados nesta pesquisa a fim de preservar suas identidades, atendendo assim ao compromisso ético, primordial para qualquer investigação científica. Optou-se pelos profissionais da saúde das seguintes áreas de atuação: Psicologia, Medicina e Enfermagem, sendo dois profissionais de cada área. Perfazendo um total de seis participantes. Adotou-se como critério para a seleção dos participantes haver cursado graduação em nível superior e atuar no mínimo há um ano em Hospital Geral. A seleção foi realizada também a partir da disponibilidade dos profissionais para participar da pesquisa, ou seja, foram selecionados os profissionais de cada área que se dispuseram a fazer parte da amostra.

A pesquisa foi realizada com uma amostra intencional, já que os participantes que formaram a amostra já estavam delimitados de acordo com as características previamente estabelecidas. (RICHARDSON, 1999). Vale ressaltar que os nomes dos participante são todos fictícios.

Tabela 1. Dados de caracterização dos participantes da pesquisa.

Participantes	Sexo	Idade	Profissão	Escolaridade	Tempo de atuação profissional	Tempo de atuação em Hospital Geral	Formação e/ou especialização em saúde mental
Haroldo	M	47	Médico	Doutorado	25 anos	25 anos	Não
Cláudia	F	40	Psicóloga	Mestrado	15 anos	15 anos	Não
Isadora	F	32	Enfermeira	Mestrado Cursando Doutorado	Sete anos	Sete anos	Não
Carla	F	28	Enfermeira	Superior	Um ano e meio	Um ano e meio	Não
Aline	F	27	Psicóloga	Pós-Graduação	Três anos e meio	Três anos e meio	Não
Daniel	M	36	Médico	Superior	Nove anos	Seis anos	Não

Fonte: Elaboração da autora, 2010.

Na Tabela 1 é apresentada a caracterização dos participantes da pesquisa. É possível perceber que todos os participantes, desde que concluíram sua formação, sempre atuaram em Hospitais Gerais. Além disso, nenhum dos participantes possui formação em saúde mental.

3.3 PROCEDIMENTO DE CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA

O instrumento construído para a coleta de dados neste estudo foi a entrevista focalizada e semi-estruturada. É focalizada por tratar de um tema específico, e semi-estruturada por haver um roteiro de perguntas pré-estabelecidas visando o conhecimento dos profissionais da saúde acerca da esquizofrenia. Foram investigadas suas causas, os tipos e sintomas, os possíveis tratamentos para essa doença, as situações de dificuldades encontradas nas intervenções desses pacientes psiquiátricos e a frequência desses atendimentos.

Antes de realizar as entrevistas com os participantes da pesquisa foi realizada uma entrevista piloto com um profissional da saúde com perfil semelhante ao dos participantes da pesquisa, a fim de avaliar se as perguntas eram suficientes e adequadas para alcançar o objetivo do estudo.

3.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

3.4.1 Contato com os participantes da pesquisa

Primeiramente foi feito contato telefônico com os profissionais da saúde que atuam em Hospitais Gerais da Grande Florianópolis a partir da rede de contatos da pesquisadora e da instituição onde é realizado o estágio obrigatório do curso de Psicologia da Unisul. A partir de então, foi realizado contato com os profissionais que demonstraram interesse em participar da pesquisa. Por se tratar de um assunto que pudesse emergir sentimentos fortes, foram esclarecidos possíveis riscos e desconfortos apresentados pela entrevista, e o direito de não participar e/ou interrompê-la a qualquer momento. Para os participantes que concordaram em participar da entrevista, foi agendado o local e o horário propício para a realização da mesma.

A pesquisadora se colocou à disposição para ir até o local de trabalho dos participantes, quando esta foi a melhor opção para os mesmos. Com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul, os profissionais foram contatados com o intuito de agendar data e horário para realizar a entrevista.

3.4.2 De realização das entrevistas

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice A), com perguntas previamente selecionadas, com a duração média de 40 minutos. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado, combinado com o entrevistado, com o objetivo de garantir o sigilo das mesmas. O ambiente foi desprovido de barulhos e com boa luminosidade. As entrevistas foram gravadas com conhecimento e autorização prévia dos entrevistados, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gravação em

Áudio (Apêndice C), além de serem esclarecidos aos entrevistados os objetivos da pesquisa. Após terem sido gravadas em áudio, as entrevistas foram transcritas literalmente.

3.5 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS

Para a realização das entrevistas foram utilizados os seguintes materiais: caneta, folha A4 para as anotações, um gravador digital, mesa e duas cadeiras. Para as transcrições das entrevistas foram utilizados: computador, impressora, folhas A4 e canetas coloridas.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados por meio das entrevistas foram agrupados de acordo com a natureza das respostas. Para agrupar as respostas foram realizadas leituras constantes das transcrições para tornar evidente o conteúdo abordado pelos participantes. A partir desse agrupamento foram definidas categorias, através da análise de conteúdo. A análise de conteúdo caracteriza-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter a descrição do conteúdo das mensagens através de procedimentos sistemáticos e objetivos. Além disso, facilita a definição de indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens. (BARDIN, 1979 apud RICHARDSON, 1999).

As categorias foram analisadas e discutidas a partir da fundamentação teórica e com referência ao DSM-IV (2002).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados os dados coletados para a realização desta pesquisa. Estes dados foram analisados e estão divididos em três subcapítulos. São eles: causas da esquizofrenia, tipos e sintomas da esquizofrenia, tratamento para a esquizofrenia no hospital geral e fora do hospital geral.

4.1 CAUSAS DA ESQUIZOFRENIA

Um dos aspectos avaliados para caracterizar o conhecimento de profissionais de saúde acerca da esquizofrenia foram suas causas. Sabemos que a etiologia de um transtorno mental é um dado importante para sua compreensão, desta forma é pertinente verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as causas da esquizofrenia. Na Tabela 2, estão dispostas as categorias referentes às causas indicadas pelos profissionais de saúde entrevistados, bem como suas frequências e unidades de contexto elementar.

Tabela 2. Causas da Esquizofrenia.

Categoria	Subcategorias	UCE	Frequência
C A U S A S D A E S Q U I Z O F R E N I A	Fatores Biológicos	(...) “é um distúrbio do metabolismo cerebral de algumas áreas fundamentais que afeta as funções cognitivas, de maneira que as funções responsáveis da compreensão tem algum distúrbio do metabolismo interno da transmissão do sistema nervoso central (...)”. (Haroldo).	03
	Fatores Multicausais	(...) “Multifatorial assim, eu penso que sempre são vários fatores e nunca um só, eu já li algumas vezes que pode ter fatores genéticos, não que sejam determinantes, seria assim uma predisposição que precisaria ter fatores para fazer isso acontecer. Tem a própria questão social, familiar, de relacionamento, enfim, até mesmo da questão de uso de drogas, crack. Enfim, junto com uma situação familiar, social e um aspecto genético pode vir a desenvolver, então eu entendo como multifatorial, não tem algo que causa” (...). (Aline).	02
	Fatores Psicossociais	(...) “A causa no meu conhecimento é alguma coisa que aconteceu, como posso explicar, um baque. No caso dos pacientes que nós tivemos aqui foi a separação, foi a separação porque eles tinham pouco tempo, trabalhavam muito, eles tinham uma vida muito estressante que desencadeou. Foi o que eu pude perceber assim” (...). (Carla).	01

Fonte: Elaboração da autora, 2010.

É possível perceber que os profissionais de saúde atribuíram as causas da esquizofrenia a três fatores: biológicos, multicausais e psicossociais. A maior parte dos profissionais da saúde entrevistados demonstrou conhecer que **fatores biológicos** influenciam o desenvolvimento da esquizofrenia: (...) “*é um distúrbio do metabolismo cerebral de algumas áreas fundamentais que afeta as funções cognitivas, de maneira que as funções responsáveis da compreensão tem algum distúrbio do metabolismo interno da transmissão do sistema nervoso central (...)*”. (Haroldo).

Mota (1985) afirma que a esquizofrenia tem causas biológicas que não podem ser refutadas, pois há estudos que comprovam a existência de genes que ocasionam o desenvolvimento desse transtorno. Nos dias de hoje quase todos giram em torno de três grandes escolas: a monogênica (alguns acreditam que seja gene recessivo, enquanto outros falam em dominância), a poligênica (com o estresse ambiental como fator desencadeante) e a heterogeneidade genética.

Considerando que a esquizofrenia tem como uma de suas causas os fatores biológicos, vale destacar a importância de que os profissionais de saúde reconheçam essa causa para que possam fornecer ao paciente com esquizofrenia um tratamento adequado, de modo a promover sua saúde.

No entanto, há pesquisadores que afirmam que a esquizofrenia é um transtorno que se desenvolve a partir da influência e conjunção de diversos fatores, que não somente os biológicos. (GABBARD, 1998). Segundo Gabbard (1998), estudos realizados por Kendler (1987, apud GABBARD, 1998) e Schulsinger et al (1988, apud GABBARD, 1998) demonstram que a esquizofrenia é uma doença que envolve uma predisposição genética. Porém, não descartam a contribuição de fatores ambientais e psicológicos para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, é importante que os fatores ambientais e psicológicos sejam considerados no tratamento da esquizofrenia.

Considerando que as causas da esquizofrenia fossem somente biológicas, que tipo de profissionais poderiam contribuir para o tratamento de pessoas com esquizofrenia? Provavelmente, apenas os médicos e os enfermeiros ou outros profissionais de áreas biológicas ou organicistas. No entanto, pessoas com esquizofrenia vêm recebendo tratamento de diversos profissionais de saúde, principalmente a partir da Reforma Psiquiátrica: além de psiquiatras, há psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, profissionais de educação física, etc.

A intervenção e o tratamento para pessoas com esquizofrenia proporcionada por profissionais das áreas biologicistas são de fundamental importância, pois esses profissionais estão capacitados a lidar com aspectos do transtorno mental que se referem aos fatores biológicos do transtorno que não podem ser negados. No entanto, se os pacientes com esquizofrenia forem tratados somente pela via biológica ou organicista, não será possível promover a inserção dessas pessoas na sociedade em diferentes contextos, como no trabalho, no estudo e no lazer. Portanto, considerar que as causas da esquizofrenia são apenas biológicas implica em comprometer o tratamento dessas pessoas como um todo. Além disso, representa retroceder na forma de tratamento dada às pessoas com esquizofrenia. Provavelmente, seriam tratadas somente com medicação, e não receberiam um tratamento que promovesse sua saúde, sua reabilitação psicossocial e sua inserção em segmentos da sociedade.

A Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (2000), tornou-se o marco na transformação desse paradigma da saúde mental. Novas práticas, saberes e serviços têm sido

pensados a fim de substituir o modelo de tratamento biomédico no cuidado aos pacientes com transtorno mental nos diferentes campos de atendimento de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Sendo assim, é fundamental que os pacientes com esquizofrenia recebam tratamento de diferentes profissionais que possam contribuir com sua reabilitação e inserção na sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida.

É importante ressaltar que todos os profissionais de saúde que demonstraram conhecer apenas os fatores biológicos como causa da esquizofrenia, nesta pesquisa, são médicos. É possível que isso tenha relação com a formação desses profissionais, uma vez que a formação médica é, quase que exclusivamente, biologicista. Em geral, não são considerados os aspectos ambientais, sociais e psicológicos que compõem o ser humano. Dessa forma, considera-se o homem como um ser fragmentado, do qual tratam somente sua “parte” biológica, embora a própria medicina tenha iniciado um processo de considerar o homem como um ser biopsicossocial. (DANNANGELO, 1979, apud AMARANTE, 2000). Segundo o autor, esse movimento foi nomeado como Medicina Integral e teve início nas décadas de 1940 e 1950, buscando combater a percepção de um homem fragmentado e individualizado. Com isso, o homem passou a ser considerado em sua totalidade: aspectos biológicos, aspectos sociais e aspectos psicológicos. Como representado na fala da entrevistada: (...) *“essa questão é muito polemica e que deixa uma resistência muito grande do hospital geral para dizer que não, para continuar a cisão entre físico e mental, então não. “ Se é psiquiátrico e em hospital psiquiátrico se é físico é em hospital geral e porque não as duas coisas no mesmo”*(...). (Aline).

Nesse sentido, é importante que a formação dos profissionais de medicina seja revista, no sentido de que sejam realizados estudos que contemplem o ser humano em todas as suas dimensões, que não somente aqueles que dizem respeito aos fatores biológicos. Dessa forma, será possível promover a saúde em todos os seus aspectos.

Por outro lado, um dos profissionais de saúde entrevistados informou que a esquizofrenia pode ser causada por **fatores psicossociais**: (...) *“A causa no meu conhecimento é alguma coisa que aconteceu, como posso explicar, um baque. No caso dos pacientes que nós tivemos aqui foi a separação, foi a separação porque eles tinham pouco tempo, trabalhavam muito, eles tinham uma vida muito estressante que desencadeou. Foi o que eu pude perceber assim”* (...). (Carla).

Da mesma forma que não é adequado considerar que a esquizofrenia seja um transtorno causado somente por fatores biológicos, também não é adequado considerar a

esquizofrenia como sendo um transtorno ocasionado apenas por fatores psicossociais. Isso significa desconsiderar a necessidade interventiva de outros profissionais além daqueles que tratam da reabilitação psicossocial do paciente esquizofrênico. Além disso, representa contrapor os princípios da Reforma Psiquiátrica e a Lei Paulo Delgado, que preconiza a concepção de transtornos mentais como sendo multifatorial e, diante disso, ressalta a necessidade de intervenção de diversos profissionais para tratamento de pacientes com transtornos mentais. (AMARANTE, 2000). Sendo assim, é provável que o tratamento seja comprometido em decorrência de uma concepção equivocada de esquizofrenia.

Vale ressaltar que a entrevistada Carla apresenta exemplos de pessoas que desenvolveram esquizofrenia ao falar sobre as causas desse transtorno mental. Sendo assim, é possível que a profissional identifique que a esquizofrenia tenha também outras causas, mas não as apresentou por responder a pergunta utilizando um exemplo.

Por outro lado, há profissionais que consideram que a esquizofrenia é causada por diversos fatores que não somente os biológicos, o que pode ser observado nas falas da subcategoria **fatores multicausais**: (...) *“Multifatorial assim, eu penso que sempre são vários fatores e nunca um só, eu já li algumas vezes que pode ter fatores genéticos, não que sejam determinantes, seria assim uma predisposição que precisaria ter fatores para fazer isso acontecer. Tem a própria questão social, familiar, de relacionamento, enfim, até mesmo da questão de uso de drogas, crack. Enfim, junto com uma situação familiar social e um aspecto genético pode vir a desenvolver, então eu entendo como multifatorial, não tem algo que causa”* (...). (Aline).

Louzã (1995) afirma que a esquizofrenia se desenvolve a partir da influência de diversos fatores ambientais e incluindo as alterações cerebrais, bem como fatores externos como stress e uso de drogas, e tem uma grande importância na evolução da doença. Uma tentativa de propor uma síntese da relação entre fatores genéticos e ambientais na gênese da esquizofrenia foi proposta há alguns anos pelo psiquiatra americano John Zubin. Sendo assim, a esquizofrenia é um transtorno mental que pode ser desencadeado a partir da conjunção de diversos fatores, que se referem tanto a fatores biológicos quanto a fatores psicossociais. Nesse sentido, é possível afirmar que a esquizofrenia é um transtorno que não possui uma causa única, mas sim diversos fatores que se condensam e levam ao seu desenvolvimento. (LOUZÃ, 1995). Gabbard (1998) também afirma que a esquizofrenia é um transtorno cujo desenvolvimento é influenciado tanto por fatores biológicos quanto por fatores psicossociais.

Considerar a esquizofrenia como um transtorno com causas multifatoriais significa estar de acordo com as políticas públicas preconizadas pela Lei Paulo Delgado, que destacam a concepção de um sujeito biopsicossocial, influenciado por todos os aspectos que o cercam: a família, a comunidade, a predisposição genética. (AMARANTE, 2000). Sendo assim, parece ser mais adequado considerar as causas da esquizofrenia como multifatoriais, de modo que o paciente com esse transtorno possa receber o tratamento mais adequado, tendo em vista a promoção de sua saúde em qualquer ambiente na qual esteja inserida, inclusive no hospital geral. Porém, será que mesmo que esses profissionais de saúde tenham essa concepção de esquizofrenia com causas multifatoriais, será que possuem suporte para trabalhar com pessoas com esse transtorno de forma a considerar todos esses fatores? Será que as unidades psiquiátricas dos hospitais gerais possuem condições que permitam tratar a pessoa com transtorno de forma adequada? Até que ponto os profissionais conseguem lidar de forma adequada com essas pessoas? Essas questões serão discutidas no subcapítulo que trata do tratamento para a esquizofrenia no hospital geral e fora do hospital geral. Nos próximos subcapítulos trataremos os tipos e sintomas da esquizofrenia.

4.2 TIPOS E SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

Os tipos e sintomas da esquizofrenia foram mais um dos aspectos avaliados para caracterizar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca deste tema. Há vários tipos de esquizofrenia, categorizados pela natureza dos sintomas apresentados pelos pacientes com esse transtorno. Nas Tabelas 3 e 4 estão dispostas respectivamente as categorias referentes aos tipos e sintomas da esquizofrenia apresentadas nas falas dos profissionais de saúde entrevistados, suas frequências e unidades de contexto elementar.

Tabela 3. Tipos de Esquizofrenia.

Categoria	Subcategorias	UCE	Frequência
T I P O S D E E S Q U I Z O F R E N I A	Transtorno Mental	(...) “Esquizofrenia é um transtorno mental” (...). (Isadora). (...) “Esquizofrenia, eu entendo como uma psicopatologia mesmo, que tem um quadro, uma sintomatologia que dependendo do caso vai ter um tipo de tratamento né. O que a gente vê é que a esquizofrenia é diferente de um surto psicótico, ela é um quadro mais crônico de uma doença psicótica, eu entendo dessa forma” (...). (Aline).	05
	Não tem conhecimento	(...) “Não, não tenho o conhecimento para fazer esse julgamento”. (Haroldo)	04
	Esquizofrenia Hebefrênica	(...) “sei que é um momento muito crítico também em termos ao aparecimento dos sintomas no início da adolescência, é um momento muito crítico como a hebefrenia” (...). (Claúdia).	01
	Esquizofrenia Paranóide	(...) “eu já vi esquizofrenia do tipo paranóide, aquela que tem o delírio persecutório, que o delírio é persecutório” (...). (Aline).	01
	Esquizofrenia Catatônica	(...) “tem a questão da esquizofrenia catatônica, eu nunca vi, nunca atendi, que aí a pessoas não interagem, ficam em estado catatônico” (...). (Aline).	01

Fonte: Elaboração da autora, 2010.

Observando a Tabela 3, é possível perceber que há profissionais entrevistados que demonstraram conhecem alguns tipos de esquizofrenia: **hebefrênica, paranóide e catatônica**. No entanto, há aqueles que afirmaram não conhecer os tipos de esquizofrenia que existem: (...) “*Não, não tenho o conhecimento para fazer esse julgamento*”. (Haroldo). Além disso, mesmo os participantes que demonstraram conhecer alguns tipos de esquizofrenia parecem caracterizar somente parte do que se refere a cada um desses tipos: (...) “*eu já vi esquizofrenia do tipo paranóide, aquela que tem o delírio persecutório, que o delírio é persecutório*” (...). (Aline).

O que é um delírio persecutório? O que caracteriza esse sintoma? Será que a **esquizofrenia paranóide** se define apenas por esse sintoma? Quais as implicações dessa concepção de esquizofrenia paranóide para o tratamento? De acordo com o DSM-IV (2002), os delírios se referem as distorções do pensamento que levam o sujeito a criar uma realidade para além daquela em que vive, gerando prejuízos sociais. No caso da esquizofrenia do tipo paranóide, os delírios são centrados em temas específicos. (GERRIG e ZIMBARDO, 2005).

Para tratar a esquizofrenia do tipo paranóide (ou qualquer outro tipo de esquizofrenia), é importante caracterizar cada um dos sintomas que são próprios de cada transtorno, para que seja possível entender a lógica de funcionamento de cada pessoa, ou seja, sua subjetividade.

Por outro lado, embora os tipos de esquizofrenia identificados pelos profissionais de saúde entrevistados sejam definidos apenas pela citação de um dos sintomas desses transtornos, os sintomas apresentados referem-se justamente àqueles que são mais proeminentes em cada um dos tipos de esquizofrenia. De acordo com o DSM-IV (2002), um dos sintomas mais proeminentes da esquizofrenia do tipo paranóide é o delírio persecutório. Sendo assim, parece que alguns profissionais identificam quais os sintomas mais significativos e característicos de alguns dos tipos de esquizofrenia, o que pode facilitar o manejo e tratamento de pessoas com esquizofrenia do tipo paranóide.

Vale ressaltar que os profissionais de saúde que demonstraram conhecimento sobre os tipos de esquizofrenia foram profissionais da psicologia. Os médicos e enfermeiros, em geral, relataram somente que a esquizofrenia é um **transtorno mental**, mas não identificaram quais os tipos específicos desse transtorno. De acordo com o DSM-IV (2002), há diferentes tipos de esquizofrenia que são classificados de acordo com os sintomas. Sendo assim, cada tipo de esquizofrenia requer um tratamento diferenciado e, para isso, é pertinente conhecer quais são esses tipos e quais os sintomas mais proeminentes de cada um. Nesse sentido, será que não seria pertinente que os profissionais da medicina e da enfermagem tivessem uma formação que lhes dessem base para identificar diferentes tipos de esquizofrenia? É importante destacar que não é possível conhecer todos os tipos de patologias, incluindo os transtornos mentais, somente durante a graduação. Porém, parece ser importante que esses profissionais estejam capacitados a identificar alguns aspectos básicos da esquizofrenia, para que possam atuar de maneira qualificada, seja realizando uma intervenção propriamente dita, ou realizando um encaminhamento para um profissional capacitado a lidar com esse tipo de transtorno.

Por outro lado, quase todos os participantes informaram que a esquizofrenia é um **transtorno mental**, o que pode ser considerado uma classificação mais ampla ou geral acerca dessa patologia: (...) *“Esquizofrenia, eu entendo como uma psicopatologia mesmo, que tem um quadro, uma sintomatologia que dependendo do caso vai ter um tipo de tratamento né. O que a gente vê é que a esquizofrenia é diferente de um surto psicótico, ela é um quadro mais crônico de uma doença psicótica, eu entendo dessa forma”* (...). (Aline). Tanto no DSM-IV (2002) quanto na CID-10 (1993), manuais utilizados universalmente pelos profissionais de

saúde, a esquizofrenia é classificada como um transtorno mental. Portanto, mesmo não conhecendo tipos específicos de esquizofrenia, os participantes identificam a que natureza de transtorno a esquizofrenia se refere.

Com relação à **esquizofrenia catatônica**, apenas um profissional da saúde tinha o conhecimento: “*tem a questão da esquizofrenia catatônica, eu nunca vi, nunca atendi, que aí a pessoas não interagem, ficam em estado catatônico*” (...). (Aline). Segundo Ballone, (2005) é o tipo menos frequente de esquizofrenia. Como os sintomas são alterações psicomotoras, torna-se difícil ou até impossível ao paciente mover-se, passando horas na mesma posição. A falta da fala também é frequente neste tipo de esquizofrenia, conforme representado na fala da entrevistada.

Tabela 4. Sintomas da Esquizofrenia

Categoria	Subcategorias	UCE	Frequência
S I N T O R M A S D A E S Q U I Z O F R E N I A	Alucinações e delírios	(...) “alucinações, delírios, mais ou menos nesse nível”. (Haroldo). (...) “Os sintomas mais característicos que eu conheço assim é, em termos de sintomas positivos, a questão de alucinação, delírios né, alucinações visuais, auditiva, aquela sinestesia que falam né, e também a questão que falam dos sintomas negativos, do embotamento afetivo, de um isolamento e junto com a alucinação e com o delírio, pode vir uma desorientação no espaço e no tempo, uma desconexão nas ideias, no fluxo das ideias assim né” (...). (Aline).	06
	Mania de perseguição	(...) “até onde eu sei que a pessoa tem é que ela tem mania de perseguição, (...) uma pessoa que ela olha na rua ela acha que aquela pessoa está confabulando contra ela, que quer matar ela e às vezes gestos das outras pessoas que não tem nada haver ela entende tudo como se fosse algo contra ela” (...). (Isadora).	02
	Agressividade	(...) “alguns podem ter agressividades, não quer dizer que todos tenham agressividade. Às vezes é uma ideia que as pessoas tem que todos os pacientes esquizofrênicos são agressivos, que ele vai ser um risco para as pessoas, não necessariamente, mas de uma forma geral o que mais se caracteriza, que eu sei, o básico é isso” (...). (Aline).	02

Fonte: Elaboração da autora, 2010.

Observando a Tabela 4, é possível perceber que há profissionais da saúde que demonstraram conhecer alguns dos sintomas da esquizofrenia: **alucinações e delírios, mania**

de perseguição e agressividade. Os sintomas relatados com maior frequência pelos profissionais foram **alucinações e delírios**, conforme pode ser observado na fala de um dos entrevistados: (...) *“alucinações, delírios, mais ou menos nesse nível”*. (Haroldo).

De acordo com a APA (2003), a esquizofrenia é um transtorno psicótico que se caracteriza principalmente por sintomas como delírios, alucinações, disfunção social/ocupacional, entre outros critérios. Uma das entrevistadas, profissional da psicologia, parece conhecer mais sintomas da esquizofrenia que os demais profissionais, citando os sintomas positivos e negativos: (...) *“Os sintomas mais característicos que eu conheço assim é, em termos de sintomas positivos, a questão de alucinação, delírios né, alucinações visuais, auditiva, aquela sinestesia que falam né, e também a questão que falam dos sintomas negativos, do embotamento afetivo, de um isolamento e junto com a alucinação e com o delírio, pode vir uma desorientação no espaço e no tempo, uma desconexão nas ideias, no fluxo das ideias assim né”* (...). (Aline).

Segundo o DSM-IV (2002), os sintomas característicos da esquizofrenia podem ser conceitualizados enquadrando-os em duas amplas categorias: positivos e negativos. Sintomas positivos: distorções ou exageros do raciocínio lógico, conteúdos do pensamento (delírios, interpretações equivocada das informações, que podem surgir perigo ou dano). Delírios persecutórios, bizarros e de identidade. Distorções ou exageros da percepção (alucinações, ouvir vozes sem um estímulo). Geralmente são vozes pejorativas que depreciam, humilham, ordenam, ameaçam e duas ou mais vozes conversando entre si ou comentando os pensamentos ou o comportamento do indivíduo. (DSM-IV, 2002). Esses sintomas podem ser observados na fala de uma das entrevistadas: (...) *“uma pessoa que ela olha na rua ela acha que aquela pessoa está confabulando contra ela, que quer matar ela e às vezes gestos das outras pessoas que não tem nada haver ela entende tudo como se fosse algo contra ela”* (...). (Isadora). Os Sintomas negativos caracterizam-se por: alogia (empobrecimento da linguagem e do pensamento), embotamento afetivo (diminuição na habilidade de expressar-se emocionalmente), anedonia (inabilidade de expressar prazer, perda de interesse pela interação social) e avolição (diminuição da vontade).

A **agressividade** foi um dos sintomas citados pelos entrevistados: (...) *“alguns podem ter agressividades, não quer dizer que todos tenham agressividade. Às vezes é uma ideia que as pessoas tem que todos os pacientes esquizofrênicos são agressivos, que ele vai ser um risco para as pessoas, não necessariamente, mas de uma forma geral o que mais se caracteriza, que eu sei, o básico é isso”* (...). (Aline).

Embora a entrevistada cite a **agressividade** com um dos sintomas da esquizofrenia, é importante destacar que a mesma assinala que nem todos os pacientes com esquizofrenia necessariamente sejam agressivos e que representem um risco potencial para outras pessoas. De acordo com Ballone (2005), alguns pacientes com esquizofrenia, quando em crise, se tornam agressivos, verbal ou fisicamente, pelo fato de que os delírios ou as alucinações podem fazê-las sentir-se ameaçados. No entanto, isso não significa que essas pessoas sejam agressivas. Nesse sentido, será que a agressividade não seria um sintoma secundário da esquizofrenia, já que ocorre quando as pessoas com esse tipo de transtorno se sentem ameaçadas? Ballone (2005) afirma que nos momentos de agressividade é importante conversar com o paciente sem provocá-lo, mantendo um diálogo franco e tranquilo. Será que os profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais tem clareza acerca disso? Conseguem intervir de maneira adequada? Ou consideram todas as pessoas com esquizofrenia como sendo agressivas e potencialmente perigosas para a sociedade? Considerando a fala de um dos entrevistados sobre o preparo para lidar com esses pacientes, é provável que não tenham formação adequada, já que evitam tratar de pessoas com esquizofrenia.

Em síntese, é importante que pacientes com esquizofrenia que apresentam sintomas de agressividade recebam um atendimento que não apenas trate esse tipo de sintoma, mas também sejam aceitas pela sua condição. Isadora, uma das profissionais entrevistadas, ressalta essa questão: (...) *“a agressividade do paciente que é algo que não é porque ele está sendo agressivo contigo, não é uma questão pessoal. É algo do próprio quadro dele, até assim é difícil de eles entenderem que não é com eles, é uma questão da própria situação momentânea e todos tem essa dificuldade de compreensão sobre isso”* (...). Dessa forma, é necessário que o profissional da saúde mantenha-se tolerável perante esse sintoma e não considere como ofensa pessoal a agressividade apresentada por esses pacientes em momentos de crises.

Embora os profissionais de saúde tenham mencionado a **agressividade** como um dos sintomas da esquizofrenia, não foi encontrado estudos que comprovem que a agressividade apresentada pelos pacientes esquizofrênico como forma de um sintoma mas sim de uma condição da doença.

4.3 TRATAMENTO PARA A ESQUIZOFRENIA

4.3.1 Tratamento para a esquizofrenia no hospital geral

Quais os tipos de tratamento para a esquizofrenia no hospital geral? São diferentes dos tipos de tratamento fora do hospital geral? E será que esses tratamentos são pautados nos princípios da Reforma Psiquiátrica? A seguir, serão apresentadas as categorias e as subcategorias para o tratamento da esquizofrenia no hospital geral e fora do hospital geral na concepção de profissionais de saúde que trabalham no hospital geral.

Tabela 5. Tratamento para a esquizofrenia no hospital geral.

Categoria	Subcategorias	UCE	Frequência
T R A T A M E N T O P A R A E S Q U I Z O F R E N I A N O H O S P I T A L G E R A L	Despreparo	<p>(...) “Olha, não é fácil lidar com esses pacientes, realmente tem que ter um preparo para você conseguir saber assim, de não restringir demais, digamos assim para não deixar a criatura amarrada o tempo todo né, saber negociar, quando dar a medicação... o manejo, sim exatamente como manejar com esses paciente e isso é algo que ninguém tem” (...). (Isadora).</p> <p>(...) “Preconceito? Não sei se é a palavra certa preconceito. É que a gente não sabe lidar né, a gente deveria saber como lidar com esses pacientes, por exemplo: ele ficou no meio com outros pacientes que não sabiam como se portar perante ele sabe. Ele cantava, a gente cantava junto. Eu acho que a gente não tinha instrução, como lidar com ele, é isso a coisa que falta. Você está me entendendo, eu acho que deveria ter vindo alguém, que o psiquiatra deveria ter continuado o tratamento aqui” (...). (Carla).</p>	16
	Preconceito	<p>(...) “quando tem assim esse paciente, tem um tipo de alucinações e começa alucinar ali no hospital, as pessoas já automaticamente, se colocam falando ‘não, aqui não é lugar de louco, doente psiquiátrico tem que levar para a Colônia Santana aqui não dá’. As pessoas não tem muita tolerância, tem medo porque às vezes alguns são agressivos”(...). (Isadora).</p>	06
	Contenção Física e Farmacológica	<p>(...) “Acho que sim, acho que é possível evitando o surto, hoje há bastante medicamentos fortes para tratar ou se usa uma ‘espécie de camisa de força química’. Tem a possibilidade de você usar medicamentos potentes no hospital numa fase que o paciente estiver surtado e assim poder ser tratado” (...). (Haroldo).</p> <p>(...) “O clínico geral, enfim, dá uma dose um pouco excessiva como uma contenção química, uma contenção química para não ter que lidar com esses pacientes. Daí vem toda uma certa pressão da equipe de enfermagem também para conter e uma certa convivência igualitária para lidar com esses pacientes” (...). (Cláudia).</p>	10
	Internação por doenças crônicas	<p>(...) “às vezes as pessoas não querem saber o que a pessoa tem, mas pelo fato de ela ter um transtorno mental, seja ele qual for, já se quer agregar ele para aquele espaço”. Digamos assim, que o seria dele no atendimento geral? Assim, quando na verdade às vezes ele precisa de um tratamento clínico. Então quer dizer, pensando nessa situação um paciente com um transtorno psiquiátrico precisa de um tratamento clínico já encontra essas barreiras, só imagina tratar a doença psiquiátrica dentro do hospital geral. Daí eu acho assim, que tem realmente que avançar muito mais, porque até chegar esse ponto tem que ter no mínimo uma aceitação desses profissionais (...). (Isadora).</p>	04

Fonte: Elaboração da autora, 2010.

Com relação ao conhecimento de profissionais de saúde acerca dos tratamentos para a esquizofrenia no hospital geral, foi possível observar maior frequência de resposta dos participantes que expressam **despreparo** para tratar pessoas com esquizofrenia: (...) *“Olha, não é fácil lidar com esses pacientes, realmente tem que ter um preparo para você conseguir saber assim, de não restringir demais, digamos assim para não deixar a criatura amarrada o tempo todo né, saber negociar, quando dar a medicação... o manejo, sim exatamente como manejar com esses paciente e isso é algo que ninguém tem”* (...). (Isadora).

Tratar pessoas com esquizofrenia requer preparo de uma equipe composta por diversos profissionais, tendo em vista a promoção de saúde dessas pessoas. (SERVIÇOS DE SAÚDE – LINCX, 2009). É necessário que seja realizada uma avaliação por psiquiatras, psicólogos (dentre outros profissionais) com o objetivo de buscar garantir que as pessoas com esquizofrenia recebam um tratamento qualificado em qualquer tipo de instituição, inclusive em hospitais gerais.

No entanto, é possível constatar que há despreparo das equipes que atuam em hospitais gerais para tratar pessoas com esquizofrenia. Há despreparo tanto com relação aos profissionais quanto em relação à própria estrutura dos hospitais, que não favorecem o desenvolvimento de um tratamento adequado à necessidade dos pacientes com esse transtorno, conforme observado na fala de alguns entrevistados: (...) *“nós não temos estrutura e qualificação para isso, a equipe não está preparada para lidar com esse paciente, ‘esse paciente não deveria estar aqui’, vem muito esses comentários que vai de encontro o que se preconiza em todas as políticas públicas, que na legislação que deveria estar assim e que nós deveríamos estar mais capacitados para lidar com eles e também um maior conhecimento da equipe médica”* (...). (Cláudia).

Além do **despreparo**, tanto das equipes profissionais quanto da própria estrutura do hospital geral para atender às necessidades de pacientes com esquizofrenia, foi constatado também o **preconceito** com relação a esses pacientes: (...) *“De certa forma sim, eu lembro do tempo de residência de clínica médica que eventualmente internavam pacientes esquizofrênicos, ele sofria preconceito, porque como nos quartos do SUS eles são divididos por várias pessoas, ele ficou no isolamento. Esse paciente, o isolamento era para uma doença infectocontagiosa importante, ele não tinha uma doença infectocontagiosa importante, ele tinha esquizofrenia”* (...). (Daniel).

No discurso do entrevistado, observa-se que o preconceito com relação ao paciente com esquizofrenia leva a tratamentos que consideram apenas o estigma social dos

transtornos mentais, sem considerar a subjetividade e as reais necessidades de tratamento dessas pessoas. Botega e Dalgalarondo (2006) afirmam que no hospital geral o paciente com esquizofrenia deve passar a ser percebido como qualquer um dos outros pacientes, de modo que o estigma social seja diminuído. No entanto, parece ocorrer justamente o contrário do que os autores consideram o procedimento mais adequado, pois esses pacientes são até mesmo isoladas como se tivessem doenças infectocontagiosas. Corroborando com os autores, Sadala (2000), afirma que o preconceito é um sentimento responsável pelo afastamento e pelo isolamento dessas pessoas com transtornos mentais e relaciona-se aos valores morais negativos atribuídos aos mesmos.

Botega e Dalgalarondo (2006) também afirmam que os pacientes com esquizofrenia em receber tratamento nos hospitais gerais para que possíveis abusos e maus-tratos possam ser extintos dessas instituições. No entanto, será que o isolamento não caracteriza uma forma de maus-tratos com o paciente esquizofrênico? Que tipo de fiscalização está sendo realizada, já que são utilizados procedimentos que não promovem a saúde dos pacientes com esquizofrenia?

Além do **despreparo** e do **preconceito**, outro aspecto que pode ser observado a partir do discurso dos entrevistados refere-se à **contenção física e farmacológica**: (...) *“Acho que sim, acho que é possível evitando o surto, hoje há bastante medicamentos fortes para tratar ou se usa uma ‘espécie de camisa de força química’. Tem a possibilidade de você usar medicamentos potentes no hospital numa fase que o paciente estiver surtado e assim poder ser tratado”* (...). (Haroldo).

Utilizar uma “camisa de força química” significa, em outras palavras, “amarrar” a pessoa não com amarras físicas, mas através da contenção química inibir essa pessoa de seu ser, de suas relações e de suas interações sociais. (CAVALCANTE e HUMEREZ, 1997). Ao privar a pessoa de suas relações sociais são inibidos não somente seus movimentos físicos, mas também suas reações emocionais. Segundo Moffat (1983), a contenção física e farmacológica podem levar a pessoa com esquizofrenia a ter comportamentos regressivos, além de ansiedade e agressividade, um dos sintomas citados pelos participantes como parte do que caracteriza a esquizofrenia.

Se as contenções física e farmacológica provocam o rompimento dos laços sociais das pessoas com esse transtorno, será que são levados em consideração os princípios da Reforma Psiquiátrica quando é utilizado esse tipo de tratamento? Considerando que a Reforma Psiquiátrica preconiza o restabelecimento de vínculos sociais da pessoa com

esquizofrenia (AMARANTE, 2000), parece que as contenções físicas e farmacológicas não caracterizam os tipos de tratamentos mais adequados para a esquizofrenia (ou qualquer outro tipo de transtorno mental). Os CAPS, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e o Programa de Volta para Casa, por exemplo, são mecanismos instituídos a partir da Lei Paulo Delgado para promover justamente a inserção social dessas pessoas na sociedade. (BRASIL, 2005).

Botega e Dalgalarondo (1997) afirmam que o uso da contenção física e farmacológico de forma indiscriminada caracteriza um ato de violência contra a pessoa com transtorno mental. Segundo os autores, isso representa, de certa forma, despreparo por parte dos profissionais para lidar com essas pessoas. As colocações dos autores vão ao encontro do que pode ser constatado na pesquisa, segundo o discurso dos próprios participantes, que afirmam haver despreparo dos profissionais para lidar com pessoas com esquizofrenia.

Por outro lado, há casos em que a contenção física e química se faz necessária, pois pode representar uma forma de proteger a pessoa com esquizofrenia e também aqueles que estão próximos dessa pessoa (p.ex. familiares, profissionais etc.). (BOTEGA e DALGALARRONDO, 1997). Trata-se de uma forma de tranquilizar a pessoa e controlar a agressividade dessas pessoas. O problema reside no fato de utilizar a contenção como única forma de tratamento para a esquizofrenia.

Outro tipo de tratamento para a esquizofrenia identificado a partir da fala dos participantes é a **internação por doenças crônicas**. As pessoas com esquizofrenia são internadas no hospital geral em decorrência de outras doenças, como as crônicas, e não exatamente pelo transtorno mental. (...) *“tem paciente psiquiátrico que se internam por um quadro clínico, para uma cirurgia ou por um quadro clínico que tem que tratar. Por esse tipo de tratamento ele não vai ter num instituto de psiquiatria, aí as pessoas falam ‘lugar de louco não é aqui, lugar de louco é lá em São José na Colônia Santana ‘ (...). (Isadora).*

Como pode ser observado no discurso de alguns profissionais, os pacientes com esquizofrenia internadas em hospitais gerais em decorrência de doenças crônicas muitas vezes são segregadas e excluídas dessas instituições, por considerar-se que “lugar de louco” não é em hospital geral, mas sim em hospitais psiquiátricos. Uma das formas de implementar a Reforma Psiquiátrica é a redução de leitos psiquiátricos sem deixar a população privada de atendimento, por meio do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (BRASIL, 2005). O Ministério da Saúde (2005) tem como objetivo reduzir no mínimo 40 leitos por ano, chegando a um número máximo de 160 leitos por hospital. Para reduzir

leitos psiquiátricos é pertinente que os profissionais estejam capacitados para prestar atendimentos a pessoas com esquizofrenia, o que parece não ocorrer.

Botega e Dalgalarondo (1997) relatam que é comum inclusive que os hospitais gerais se recusem a internar pessoas com transtornos mentais, o que pode ser observado no discurso de alguns participantes da pesquisa, ao relatar que os profissionais afirmam: *“lugar de louco não é aqui, é lá em São José na Colônia Santana”*. No entanto, que outros tipos de tratamento para a esquizofrenia, que estejam de acordo com as políticas de implementação da Reforma Psiquiátrica podem ser utilizados nos hospitais gerais? Parece ser necessário haver maior preparo por parte dos profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais para tratar pessoas com esquizofrenia.

4.3.2 Tratamento para a esquizofrenia fora do hospital geral

Quais os tipos de tratamento para a esquizofrenia fora do hospital geral, de acordo com a percepção de profissionais de saúde que atuam nessas instituições? Será que há outras formas de tratamento percebidas por esses profissionais que vão além daquelas listadas como formas de tratamento no hospital geral? É possível que sim, já que os próprios profissionais entrevistados fizeram a distinção entre tratamento para a esquizofrenia no hospital geral e fora do hospital geral. A seguir, serão apresentadas essas categorias, de acordo com o discurso dos profissionais acerca dos tipos de tratamentos para a esquizofrenia fora do hospital geral.

Tabela 6. Tratamento para a esquizofrenia fora do hospital geral.

Categoria	Subcategorias	UCE	Frequência
T R A T A M E N T O P A R A E S Q U I Z O F R E N I A F O R A D O H O S P I T A L G E R A L	Tratamento Psicossocial	<p>(...) “Eu sei que além disso para essa população em geral tem uma série de indicação para terapias ocupacionais, tratamentos complementares no sentido de manter a possibilidade de integração desses sujeitos e do sentimento de estar produzindo, em ação, em função de diminuir essa psicopatia” (...). (Cláudia).</p> <p>(...) “Ah sim tem, tem tratamento, mesmo sendo uma doença crônica tem tratamento. Na verdade, eu penso que os dispositivos dos CAPS são os mais indicados, pela questão psicossocial assim” (...). (Aline).</p>	05
	Apoio Familiar	<p>(...) “eu acredito que a família faz o paciente melhorar. Melhorar assim para que o paciente fique mais calmo, acho que a família é essencial” (...) e da família também, que é muito importante se a família entender que é o mundo dele” (...). (Carla).</p>	05
	Tratamento Farmacológico	<p>(...) “as questões psiquiátricas, o uso de medicação para o equilíbrio, para poder, inclusive, a possibilidade do tratamento psicológico” (...). (Cláudia).</p> <p>(...) “na fase aguda a medicação é algo bem importante, a pessoa tem que fazer uso. Nessa fase aguda ela é essencial para o sucesso do tratamento, no controle, eu acho” (...). (Isadora).</p> <p>(...) “que eu entrei mais em contato foi o tratamento medicamentoso, com antipsicóticos, com internações que eles faziam nos surtos, principalmente com medicações. Eu sei que tem toda uma teoria com psicoterapias e tal, mas, eu conheço o tratamento medicamentoso” (...). (Daniel).</p>	04

Fonte: Elaboração da autora, 2010.

Um dos tipos de tratamento para a esquizofrenia fora do hospital geral identificada pelos participantes é o **tratamento psicossocial**: (...) *“Eu sei que além disso para essa população em geral tem uma série de indicação para terapias ocupacionais, tratamentos complementares no sentido de manter a possibilidade de integração desses sujeitos e do sentimento de estar produzindo, em ação, em função de diminuir essa psicopatía”* (...). (Cláudia).

O **tratamento psicossocial** pode ser entendido como a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Por meio da reabilitação psicossocial é possível melhorar a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia (LOUZÃ, 1995), realizando um tratamento que vai além da contenção de sintomas. Para isso, é preciso que o tratamento seja realizado por uma equipe multidisciplinar. (NUNES, 2000). Dessa forma, podem ser utilizadas diferentes estratégias para inserir a pessoa com esquizofrenia na sociedade, tal como preconiza a Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE, 2000).

O acompanhamento terapêutico, a psicoterapia e a terapia ocupacional caracterizam alguns tipos de tratamento realizados por diferentes profissionais que podem contribuir para a reabilitação e tratamento psicossocial de pessoas com esquizofrenia. (GABBARD, 1998; LOUZÃ, 1995). Tratam-se de formas de inserir essas pessoas na sociedade e permitir que expressem suas emoções, estabelecendo vínculos sociais com diferentes pessoas, por meio da arte, do trabalho, do estudo e etc.

Em conjunto com o **tratamento psicossocial**, é importante que exista o **apoio familiar**. O **apoio familiar** é um aspecto fundamental para a reabilitação das pessoas com esquizofrenia. Esse foi um dos aspectos apresentados por alguns participantes da pesquisa ao serem questionados sobre os tipos de tratamento para a esquizofrenia: (...) *“eu acredito que a família faz o paciente melhorar. Melhorar assim para que o paciente fique mais calmo, acho que a família é essencial”* (...). (Carla).

Shiarakawana (2000), Tenório e Rocha (2006) destacam a importância da família para a inserção social da pessoa com esquizofrenia. Os familiares são essenciais para o tratamento do paciente com transtorno mental, sendo que os mesmos podem funcionar como co-terapeutas no tratamento da pessoa com esquizofrenia. Dessa forma, contribuem para a diminuição de seu sofrimento e com sua inserção na sociedade. Além disso, pode contribuir também com a redução dos preconceitos e da exclusão de seu familiar. (MAFTUM et al, 2005).

De acordo com Spadini e Souza (2006), a família é como o suporte da pessoa com transtorno mental, no sentido de prevenir crises e promover a manutenção da saúde. O estigma da loucura muitas vezes faz com que a pessoa perca sua cidadania, que necessita ser resgatada por meio de um trabalho de inserção social dessa pessoa. A inserção, por sua vez, é engendrada não apenas pelos serviços substitutivos, mas também pela própria família, que tem a função de acompanhar a pessoa com esquizofrenia. Antes do movimento da Reforma Psiquiátrica, não havia essa possibilidade, o que foi modificado com tal processo. Segundo Pereira e Cais (2001), a família tem a função de mediar o contato entre a pessoa com transtorno mental e a equipe de saúde.

Por fim, outro tipo de tratamento para a esquizofrenia fora do hospital geral assinalado pelos participantes foi o **tratamento farmacológico**: (...) *“que eu entrei mais em contato foi o tratamento medicamentoso, com antipsicóticos, com internações que eles faziam nos surtos, principalmente com medicações. Eu sei que tem toda uma teoria com psicoterapias e tal, mas, eu conheço o tratamento medicamentoso”* (...). (Daniel).

Gabbard (1998), Giacon e Galera (2004), e Kaplan e Sadock (2007) afirmam que o tratamento farmacológico é importante para manejar alguns sintomas da esquizofrenia, de modo que posteriormente possam ser realizados outros tipos de tratamento, tendo em vista a reabilitação psicossocial. O problema consiste em utilizar medicamentos como única forma de tratamento para a esquizofrenia, tal como destacam Botega e Dalgalarondo (1997). É importante que a família conheça o tratamento farmacológico prescrito à pessoa com esquizofrenia, de modo a buscar garantir o controle adequado do uso desses medicamentos.

É possível perceber que há diferenças entre os tipos de tratamentos para a esquizofrenia no hospital geral e fora do hospital geral apresentados pelos profissionais de saúde entrevistados. Os tipos de tratamentos relacionados às políticas de implementação da Reforma Psiquiátrica podem ser percebidos somente como possibilidade de tratamento fora do hospital geral (**tratamento psicossocial** e **apoio familiar**). No que se refere aos tipos de tratamento para a esquizofrenia no hospital geral observa-se que a maior parte das categorias revela despreparo e falta de conhecimento dos profissionais para lidar com pessoas com esquizofrenia no contexto do hospital geral (**despreparo** e **preconceito**). Vale ressaltar que o tratamento medicamentoso foi observado tanto no tipo de tratamento no hospital geral e fora do hospital geral (**contenção física e farmacológica** e **tratamento farmacológico**). Talvez isso seja decorrente do fato de que a própria história da saúde mental e do tratamento dado a

peessoas com transtornos mentais fosse pautado basicamente no uso de medicamentos, conforme afirmam Lancetti e Amarante (2006).

É importante destacar que embora a Reforma Psiquiátrica tenha iniciado na década de 1970, na primeira década do século XXI o movimento da Reforma Psiquiátrica continua a acontecer por meio de transformações nas instituições e criação de propostas substitutivas. (BRASIL, 2005). A Lei Paulo Delgado foi sancionada somente em 2001, 31 anos após o início dos movimentos sociais que culminaram com a Reforma. Aliada à lei Paulo Delgado, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Esses são alguns fatos que assinalam que a Reforma Psiquiátrica é um movimento social ainda em processo de implantação e, por essa razão, nem todas as suas políticas estão estabelecidas na atenção à saúde mental. Isso foi assinalado por alguns participantes: (...) *“Ai... Tem toda essa discussão da Reforma Psiquiátrica. Se é possível, eu acho que é possível. A dificuldade é assim ó, em que molde? Eu sou a favor da desinstitucionalização, eu sou a favor do tratamento não só nos hospitais especializados e psiquiátrico, mas sim você promover a inclusão e a descriminalização um pouco desse paciente psiquiátrico do doente mental em modo geral, mas a grande realidade falo de quem está dentro assim, não tem como manter essas questões”* (...). (Cláudia).

No entanto, é importante que sejam realizados estudos que sirvam como instrumentos norteadores de como estão sendo implementadas as políticas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Com isso, é possível que esse processo de implementação possa ser revisado e alterado, tendo em vista a melhoria da atenção à saúde mental, promovendo saúde e qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais e de todos aqueles envolvidos com essas pessoas (familiares, profissionais e etc).

Com isso, a participação do psicólogo na rede de saúde pública é pertinente devido à necessidade de ações preventivas no âmbito da saúde. Em decorrência do surgimento da nova concepção de saúde e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil houve o desenvolvimento de equipes multidisciplinares nos setores públicos, incluindo psicólogos. A partir dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, o cidadão, o paciente com esquizofrenia passou a ter direitos à saúde física, mental e social. Assim, os psicólogos foram introduzidos a novas áreas de atuação que ultrapassam os consultórios e se estendem às instituições, sendo uma delas o hospital geral (KAHHALE, 2003).

Sendo assim, é importante que os profissionais de psicologia (assim como os demais profissionais de saúde) estejam qualificados para lidar com pessoas com algum tipo de transtorno mental. Uma forma de promover a qualificação de profissionais é a realização de congressos e palestras a respeito desse tema. Essa questão foi inclusive citada por uma das profissionais entrevistadas: (...) *“falar sobre ele os esquizofrênicos a gente tem que ter mais instruções, coisas que a gente não tem como palestras”*(...). (Carla).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam em hospital geral acerca da esquizofrenia, foi possível identificar as causas da esquizofrenia, os tipos e sintomas e os possíveis tratamentos para a esquizofrenia na concepção desses profissionais de saúde. Os participantes dessa pesquisa foram profissionais da saúde de diferentes áreas de atuação: médicos, enfermeiros e psicólogos, que atuam em hospital geral da Grande Florianópolis. A seguir, serão apresentadas as principais descobertas com relação ao conhecimento de profissionais de saúde que atuam em hospital geral acerca da esquizofrenia.

Com relação às causas da esquizofrenia, verificou-se que os profissionais de saúde entrevistados atrelaram as causas da esquizofrenia a fatores biológicos, multicausais e psicossociais. A maior parte dos profissionais atribui a causa desse transtorno a fatores biológicos, provavelmente em decorrência da formação que esses profissionais possuem, geralmente pautada em questões orgânicas. Contudo, é importante destacar que também há profissionais que consideram a esquizofrenia como sendo um transtorno com causas multifatoriais, que é uma das explicações mais aceitas e discutidas por profissionais de diversas áreas e, principalmente, pela Reforma Psiquiátrica.

No que se refere aos tipos e sintomas da esquizofrenia, observou-se por meio do discurso dos entrevistados que eles demonstraram conhecer os tipos e sintomas mais frequentes desse transtorno. O que parece representar um problema é o fato de que os profissionais, de modo geral, não sabem lidar com esses tipos e sintomas de esquizofrenia, o que culmina com tratamentos possivelmente inadequados para esse transtorno mental, no sentido de promover a saúde e a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia.

Com relação aos tipos de tratamento para a esquizofrenia, foi possível constatar que os profissionais entrevistados fazem uma divisão entre os tipos de tratamento para esse transtorno: no hospital geral e fora do hospital geral. Será que há diferenças entre os tratamentos para a esquizofrenia no hospital geral e fora dessa instituição? Será que não poderiam ser utilizados os mesmos princípios para tratar a pessoa com esquizofrenia, independente da instituição na qual esteja inserida? Os princípios da Reforma Psiquiátrica aparecem nos tipos de tratamento apenas fora do hospital geral (tratamento psicossocial e apoio familiar). Será que o tratamento psicossocial e o apoio familiar não podem ser utilizados como formas de tratamento também no hospital geral? Uma alternativa seria a

atuação de equipes multiprofissionais nos hospitais gerais que possuam formação específica em saúde mental, para atuar justamente com pessoas que sofrem em decorrência da esquizofrenia.

De forma geral, foi possível perceber que os profissionais de saúde parecem possuir certo conhecimento acerca da esquizofrenia, provavelmente com os quais tiveram contatos durante sua própria formação acadêmica. No entanto, parece que não há preparo para lidar com pacientes com esquizofrenia em hospitais gerais, considerando os relatos de alguns casos desses pacientes com os quais os profissionais tiveram contato direto ou então presenciaram algum tipo de atendimento. Vale ressaltar que se identifica, no conhecimento que cada profissional possui sobre a esquizofrenia, características específicas da formação de cada tipo de profissional: os médicos e enfermeiros atribuem as causas da esquizofrenia a fatores biológicos, ao passo que os psicólogos citam os fatores psicossociais e as causas multifatoriais no desenvolvimento da esquizofrenia.

Uma questão importante a ser destacada refere-se à dificuldade para encontrar psicólogos que atuam em hospitais gerais na rede pública. Constatou-se que há poucos psicólogos que atuam nessas instituições, sendo que são esses profissionais que parecem ter maior contato durante a graduação com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Isso foi observado por meio do discurso dos entrevistados durante a etapa de coleta de dados. Nesse sentido, é importante que existam mais psicólogos atuando em hospitais gerais, ou ainda que os demais profissionais que atuam nessa instituição tenham formação em saúde mental. Vale ressaltar que essa afirmação é baseada nos dados identificados nessa pesquisa, e não significa que não há médicos e enfermeiros que pautem suas intervenções de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Constatou-se ainda que há muito preconceito direcionado às pessoas com transtornos mentais. Em geral, essas pessoas continuam a ser percebidas como o “louco” institucionalizado nos antigos manicômios. Parece que não há implementação da Lei Paulo Delgado (nº 10.216), embora essa lei possa ser identificada em alguns momentos no discurso de alguns entrevistados. Porém, é provável que isso não ocorra nas intervenções realizadas com pessoas com esquizofrenia, considerando os exemplos de casos relatados pelos participantes da pesquisa. A realização de palestras, congressos e workshops direcionados aos profissionais que atuam em hospitais gerais pode ser uma forma de investir na formação de profissionais para intervir em saúde mental, capacitando-os a lidar com pessoas com esquizofrenia, promovendo sua saúde e qualidade de vida.

É importante que sejam realizadas pesquisas com o objetivo de investigar especificamente como ocorrem as intervenções e os tratamentos de pessoas com esquizofrenia nos hospitais gerais. Também podem ser realizadas pesquisas que avaliem se de fato os tratamentos e intervenções realizadas são de fato os mais adequados para tratar essas pessoas. Será que a contenção física e farmacológica de fato é sempre necessária? Será que não é possível realizar tratamentos psicossociais também no hospital geral? Essas são algumas questões que carecem de resposta e que precisam ser investigadas.

Em síntese, investigar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam num hospital geral acerca da esquizofrenia consiste em uma forma de verificar o que vem sendo realizado como intervenção em saúde mental e o que precisa ser aprimorado nessas intervenções. Ainda há muito a ser melhorado com relação a essas intervenções, mas as políticas que vem sendo implementadas, ainda que de forma embrionária, não podem ser desconsideradas. As dificuldades e os problemas identificados devem servir como incentivo à realização de novos avanços na atenção à saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: SCLiar, M. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- ANDRADE, L. H. S. G. A. **Epidemiologia Psiquiátrica. Novos desafios para o século XXI**. 1999. São Paulo, SP.
- AKIL, M.; WEINBERGER, D. Neuropathology and the neurodevelopmental model. In: P. J HARRISON, G. W., ROBERTS, A. (Eds.). **The neuropathology of schizophrenia. Progress and interpretation**. New York: Oxford University Press, 2000, p. 189-212.
- ARANGO C, Bernardo M. **The effect of quetiapine on aggression and hostility in patients with schizophrenia**. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2005; 20, 4: 237-241
- AZEVEDO, D. M.; GAUDÊNCIO, M. M. P. **A esquizofrenia sob a Ótica Familiar: o discurso dos cuidadores**. Campina Grande, 2005.73p. [Trabalho Acadêmico orientado]. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba.
- BALLONE, G. J. Perguntas mais frequentes sobre Esquizofrenia. In: **PsiquWeb**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 23 set. 2009.
- BARROS, D. **Itinerários da Loucura em Territórios Dogon**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsultas e emergências**. 2ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde Mental No Hospital Geral, Espaço Para o Psíquico**. 2ª.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência

Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos da Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003. p. 13-44.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da Psicologia no contexto Hospitalar. In: CAMON, V. A. A. (Org.) **Psicologia da Saúde: Um novo significado para prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2002. p.73-158.

DSM-IV TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. APA. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumre, 1992.

FREUD, S. “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides)”. In: **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v.12, 1911/1996. p.15-89.

GABBARD, G. O. Esquizofrenia. In: GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica – baseado no DSM-IV**. Porto Alegre: ArtMed, 1994. p.133-151.

GERRIG, R. J.; ZIMBARDO, P. G. **A Psicologia e a Vida**. 16 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. São Paulo: Atlas, 1991.

KAHHALE, E. M. P. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e atuação compromissada. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KAPLAN, B.; SADOCK, V. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

LINCS – Serviços de Saúde. **Esquizofrenia: é uma doença sim!** Disponível em: <http://www.lincx.com.br/lincx/saude_a_z/saude_mental/esquizofrenia.asp>. Acesso em: 01 out. 2009.

LOUZÃ NETO, M. R. **Convivendo com a Esquizofrenia: um guia para pacientes e familiares**. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.

MENEZES, P. R.; MANN, A. H. O ajustamento social de pacientes com esquizofrenia: implicações para a política de saúde mental no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n°.5, p. 340-349, 1993.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Petrópolis: Vozes, 2004.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
SHIRAKAWA, I. O Manejo do paciente com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.22, n. 1, mai. 2000.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares**. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>". Acesso em: 24 Abr. 2008.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, 2005.

TAVARES, C. M. M. **A Poética do cuidar na enfermagem psiquiátrica**. Produção SENAI-Rio de Janeiro, 1999, 207 p.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. **A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial**. 2006.

TRAJANO, A. M. E. Avaliação da Concepção familiar sobre a Esquizofrenia. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 85, jun. 2008.

VAITSMAN, J. Saúde, Cultura e Necessidade. In: FLEURY, S. (Org) **Saúde: Coletiva?** Questionário a onipotência do Social. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992, p. 157-173.

VALLADA FILHO, H.; BUSATTO FILHO, G. (1996). Esquizofrenia. In: ALMEIDA, P.; DRACU, L.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 27-150.

ZUARDI AW; LOUREIRO SR. Semiologia psiquiátrica. **Medicina, Ribeirão Preto**, 29: 53, jan./mar. 1996.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

1) Sobre o entrevistado:

a) Idade: _____

b) Sexo: _____

c) Escolaridade: _____

d) Profissão: _____

e) Tempo de atuação profissional: _____

f) Tempo de atuação em Hospital Geral: _____

g) Possui alguma formação em Saúde Mental? _____

2) Perguntas sobre o tema esquizofrenia.

2.1) O que você entende por esquizofrenia?

2.2) No seu conhecimento, o que causa a esquizofrenia?

2.3) Quais são os seus sintomas mais característicos?

2.4) Na sua experiência, você percebe diferentes tipos de esquizofrenia? Quais?

2.5) De acordo com o seu conhecimento a esquizofrenia tem tratamento? Quais tratamentos?

2.6) Na sua opinião, é possível o tratamento da esquizofrenia no Hospital Geral?

2.7) Você acha que as Instituições Hospitalares de caráter Geral estão preparadas para tratar pacientes esquizofrênicos?

2.8) Na sua percepção, o paciente esquizofrênico sofre preconceitos no Hospital Geral? Cite um exemplo.

2.9) Existe algo que não foi perguntado sobre o tema esquizofrenia que você julga importante falar? Dê sua opinião.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____,

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa cujo tema é **“Esquizofrenia: O Conhecimento de Profissionais da Saúde que atuam em Hospital Geral”**. Estou ciente de que a pesquisa será realizada obedecendo aos seguintes critérios:

- a- A entrevista que será aplicada e semi-estruturada e composto por 9 questões abertas.
- b- Será necessário apenas um encontro para responder as questões.
- c- Os dados coletados nas entrevistas serão armazenados em arquivo pessoal (sigiloso), e as respostas analisadas
- d- O horário para a realização das entrevistas será combinado com os participantes, considerando a disponibilidade dos mesmos e será agendado pelo próprio pesquisador com antecedência.
- e- Para o armazenamento das informações, a entrevista será gravada com a permissão do participante e posteriormente transcritas para que se possa garantir o registro de todas as falas do entrevistado. Para o tratamento da análise das falas, será feito, após a realização das entrevistas, análise de conteúdo mediante a categorização que dêem conta dos objetivos da pesquisa. As categorias serão construídas a partir dos objetivos, e do conteúdo das entrevistas.

A análise será feita a partir das categorias e discutidas com o referencial teórico com o intuito de concluir o conhecimento produzido;

f- Os instrumentos utilizados para coletas de dados serão gravador de voz, caneta, prancheta, e uma folha contendo a entrevista semi-estruturada.

g- Os riscos e desconforto apresentados pela pesquisa são mínimos, porém no caso de haver algum desconforto durante a entrevista terei direito a interromper a mesma. E o pesquisador será responsável para o encaminhamento necessário.

Estarei contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre o conhecimento dos profissionais da saúde acerca da Esquizofrenia. Este conhecimento poderá ser útil na atuação dos profissionais da saúde da área hospitalar, justifica-se pelo fato de criar subsídios para futuras intervenções, uma vez que o psicólogo possa atuar criando estratégias que facilitem o manejo desses profissionais da saúde com os pacientes esquizofrênicos.

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos e que poderei ter acesso às informações da pesquisa a qualquer momento.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento, entrando apenas em contato com a pesquisadora através do telefone fornecido neste documento, sem qualquer impedimento ou prejuízo para mim. Sendo assim, concordo com as informações acima e assino duas (02) vias, nas quais uma (01) ficará em minha posse e a outra na posse da pesquisadora.

Nome por extenso:

RG:

Local e data:

Assinatura:

PESSOAS PARA CONTATO:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Maurício Eugênio Maliska

ALUNA RESPONSÁVEL:

Izabel Cristina Verzola

NÚMERO DO TELEFONE:

(48) 91058251

NÚMERO DO TELEFONE:

(48) 91476678

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

mmaliska@yahoo.com.br

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

belverzola@hotmail.com

ENDEREÇO

AV. Pedra Branca, 25
Cidade Universitária Pedra Branca
Palhoça, Cep: 88137-270

ENDEREÇO

Rua: Vereador Walter Borges, 228
Apto: 404, Bloco B
São José-Campinas-Cep:88080-030

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gravação**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA COMISSÃO
DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL CONSENTIMENTO
PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES**

Eu _____ permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa:

RG:

Endereço:

Assinatura:

Equipe de pesquisadores: Instituição de ensino: Universidade do Sul de Santa Catarina-
Fone: (48) 3321-3000.

Professor: Maurício Eugênio Maliska- Fone-(48) 9105-8251

Acadêmica: Izabel Cristina Verzola- Fone-(48) 91476678

Data e Local onde será realizado o projeto:

Florianópolis,

APÊNDICE D – Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
Av. José Acácio Moreira, 787 - Bairro Dehon - Cx Postal 370
88704-900 - Tubarão - SC
Fone: (48) 621-3000

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Local e data: _____

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer da Comissão de Ética em Pesquisa - CEP-UNISUL, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "**Esquizofrenia: O Conhecimento de Profissionais da Saúde que atuam em Hospital Geral**" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

Ass. Maurício Eugênio Maliska. Dr. (UNISUL)

Ass. Paulo Roberto Sandrini (UNISUL)
(Coordenador de curso)

Ass. do responsável da Instituição (Imperial Hospital de Caridade)

ANEXO

ANEXO A – Lei nº 10.216 de 16 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.

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 da data de sua publicação.

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO