

CENTRO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL  
EM SAÚDE



**A  
U  
X  
I  
L  
I  
A  
R  
D  
E  
E  
N  
F  
E  
R  
M  
A  
G  
E  
M**

**ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL**

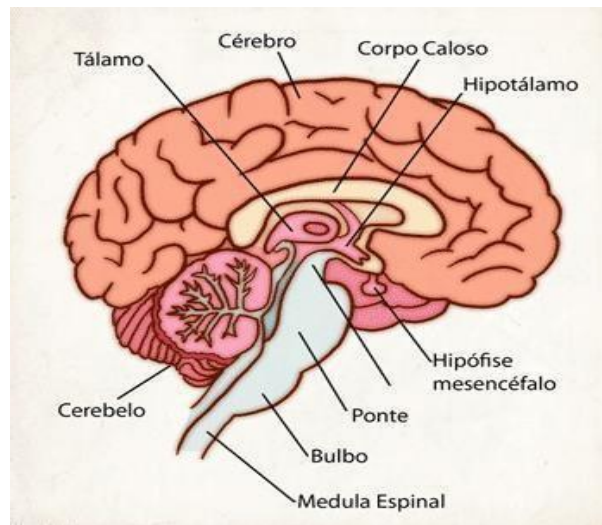
## REVISÃO DO SISTEMA NERVOSO

O sistema nervoso representa uma das unidades fundamentais de controle de todo o organismo, visto que é capaz de receber uma grande quantidade de informações e integrá-las para determinar a resposta adequada a ser dada pelo indivíduo.

O cérebro é o órgão mais vulnerável do corpo, necessitando de alta energia e fluxo sanguíneo, por conta da dependência primária do metabolismo para manutenção integral de suas funções.

O encéfalo é dividido em cérebro, tronco cerebral, bulbo e cerebelo, contido no crânio, sendo recoberto por 3 membranas: dura-máter (mais externa), aracnóide (membrana intermediária) e pia-máter (membrana mais interna).

O líquido cefalorraquidiano (LCR) funciona como um amortecedor contra lesões mecânicas.



### NEUROLOGIA

Nas doenças neurológicas, cujos conceitos médicos variaram muito nos últimos tempos, através de implicações na terapêutica e das relações no ramo da medicina, como reabilitação psiquiátrica e as possibilidades cirúrgicas e enfermagem pode ajudar cada vez mais esses pacientes e assim, como uma experiência, ela pode contribuir mais na recuperação desses casos.



A especialidade neurológica é muito complexa, sendo que os resultados, às vezes, podem ser decepcionantes mesmo assim, a enfermagem deve contribuir para o conforto desses pacientes acompanhando-os, qualquer que seja o prognóstico.

Como reabilitação é parte-chave do tratamento em muitos casos, cabe a enfermagem uma grande participação: nesses casos ajudando o paciente a reaprender mesmo as menores atividades que ele perdeu. Portanto, a enfermagem representa a grande esperança desses doentes.

## **CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DISTÚRBO NEUROLÓGICO**

- Auxiliar no exame neurológico.
- Observar alterações de temperatura.
- Manter cabeceira elevada, evitando flexão do pescoço.
- Manter a pele limpa e seca, protegendo as proeminências ósseas.
- Observar alterações respiratórias, manter a permeabilidade das vias aéreas e auxiliar na fisioterapia respiratória.
- Posicionar o paciente confortavelmente e realizar mudanças de decúbito de duas em duas horas.

### **Quando o paciente estiver em coma:**

- Manter olhos higienizados e lubrificados.
- Aspirar sonda nasogástrica antes da administração da dieta para observar estase alimentar, devido ao quadro de íleo paralítico.
- Observar equilíbrio hidroeletrólítico por meio do balanço de perdas e ganhos.
- Utilizar coxins ou protetores para evitar lesões da pele (cabeça, cotovelos, glúteos e calcâneos).
- Manter condições seguras contra infecções hospitalares, por meio do emprego de técnicas assépticas e de um sistema apropriado para sondagem vesical, aspiração de secreções e curativos.
- Ajudar no estabelecimento de alguma forma de comunicação, caso o paciente se encontre afásico ou tenha sofrido qualquer alteração na qualidade da fala.
- Notificar ao enfermeiro ou médico qualquer alteração neurológica – alterações de pupila, consciência, motoras, etc.
- Falar calmamente com o paciente, informando-lhe e orientando-lhe a respeito do que está sendo realizado.



- Atentar para os casos de agitação: verificar obstrução de vias aéreas, distensão vesical e irritação meníngea.
- Observar e comunicar alterações do nível de consciência, de comportamento e ocorrência de convulsões: tipo de crise, localização, intercorrências respiratórias e sua duração.
- Auxiliar a promover a higienização oral e corporal.
- Monitorizar os sinais vitais e a pressão intracraniana (quando instituída) e comunicar alterações: FC, FR e PA.

## PRINCIPAIS EXAMES NEUROLÓGICOS

**Raio-X do Crânio:** revela a configuração, densidade, relevos vasculares, calcificação intracraniana e tumores.

**Angiografia Cerebral:** estudo radiológico vascular do cérebro (circulação cerebral), através da injeção de contraste em uma artéria selecionada.

**Tomografia Computadorizada:** método de imagem no qual a cabeça é mapeada em camadas sucessivas por um feixe de raios x estreito. Ela proporciona uma visão transversa do cérebro. Obtém-se uma imagem computadorizada dos valores de absorção dos tecidos do plano que está sendo mapeado.

**Mielografia:** injeção de contraste no espaço subaracnóide medular e mostra distorção da medula ou do saco dural por tumores, cistos, discos intervertebrais, herniados ou outras lesões.

**Eletroencefalograma (EEG):** registra por meio de eletrodos colocados na superfície do couro cabeludo a atividade elétrica gerada no cérebro.

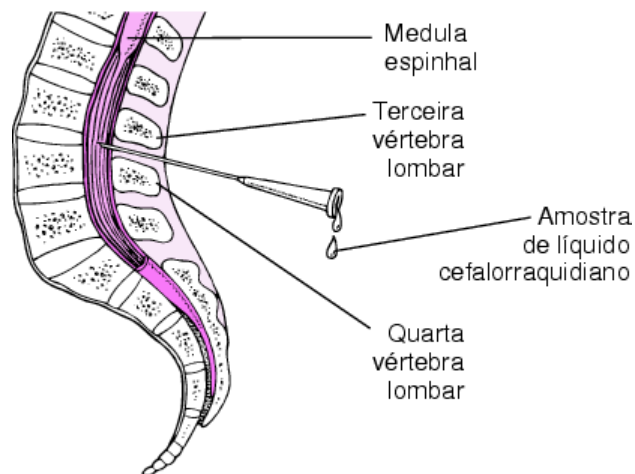
**Ressonância Magnética Nuclear (RMN):** aparelho semelhante a tomografia, porém registra imagem com maior detalhes de qualidade e não emite radiação ionizante, pois utiliza ondas magnéticas .

**Punção lombar (amostra de líquido):** introdução de uma agulha no espaço subaracnóide lombar e retirada de líquido cefalomedular para fins diagnósticos e terapêuticos.



---

### Corte transversal da medula



## PRINCIPAIS PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS

### ALZHEIMER

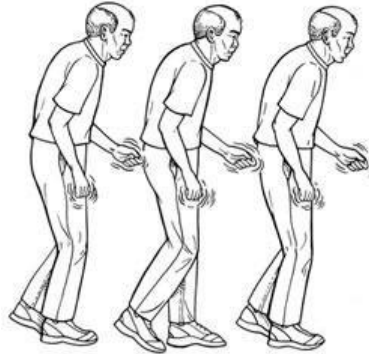
Trata-se de uma doença degenerativa que produz atrofia progressiva e causa o declínio das atividades cerebrais, tais como raciocinar e memorizar, afeta as áreas da linguagem e produz alterações no comportamento. A doença de Alzheimer é o tipo mais comum de demência, sendo responsável por cerca de 50% dos casos. Sendo mais comum em indivíduos a partir dos 65 anos de idade.

Os pacientes apresentam falhas na memória mais acentuadas e maior confusão, inquietação, dificuldade para reconhecer familiares e amigos, problemas com a linguagem, com o pensamento lógico, com a percepção e alterações nos relacionamentos sociais.

É muito comum que esses pacientes esqueçam o nome de alguém e depois se lembrem, esqueçam o local onde colocaram objetos e depois conseguem encontra-los. No caso de doentes mais avançados esses esquecimentos são mais freqüentes e eles não conseguem lembrar mesmo com muito esforço.

## **PARKINSON**

Doença que ocasiona perda de células nervosas localizadas na substância negra e a diminuição da atividade da dopamina, causando movimentos involuntários, lentidão e rigidez. É caracterizada pelo tremor das extremidades superiores.



## **TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE)**

Os traumas cerebrais figuram entre os mais freqüentes e sérios distúrbios neurológicos, em que o surgimento de lesões significativas em outras partes do corpo é bastante comum. Os traumatismos cranianos podem ocorrer em várias regiões da cabeça. Sua gravidade depende do grau de acometimento, tipo e localização da lesão. A sintomatologia varia de acordo com o local da lesão, podendo apresentar: confusão, anormalidades pupilares, déficit neurológico, alteração de sinais vitais, cefaléia, vertigens, distúrbios de movimento e até choque em casos mais graves.



## **TUMORES CEREBRAIS**

São neofomações que se localizam dentro do crânio e que pelo seu poder de crescimento, produzem hipertensão intracraniana.

No cérebro, sua importância com relação à benignidade ou malignidade perde para a localização que às vezes representa a única e grande gravidade do problema.

As lesões locais compreendem uma massa volumosa, que produz progressiva compressão e hipertensão intracraniana.

O paciente pode apresentar: alterações na fala, variação na marcha, paresias e parestesias, e até mesmo crises convulsivas. A cefaléia tem característica importante, pois não tem características específicas, pois não pulsa e sua origem parecer ser por edema ou deformações vasculares na área tumoral.

O diagnóstico é feito através da tomografia computadorizada, eletroencefalografia, ou cintilografia craniana. O tratamento se dá por meio de remoção cirúrgica, radioterapia, quimioterapia.

## **ANEURISMA CEREBRAL**

Dilatação das paredes de uma artéria cerebral, devido alguma debilidade em sua própria estrutura. A causa é pouco conhecida, o índice de mortalidade é alto, o prognóstico depende da condição neurológica do paciente, da idade, doenças associadas além da localização do aneurisma. O tratamento é cirúrgico, ou medicamentoso (beta-bloqueadores, anti-hipertensivos, analgésicos) e drenagem de LCR em casos de hipertensão intra-craniana.

## **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Trata-se da perda abrupta da função cerebral, resultante da interrupção do fluxo sanguíneo para determinada parte do encéfalo.

Pode ser de origem Isquêmica – AVCI e Hemorrágica AVCH.

A sintomatologia varia de acordo com o grau de acometimento da doença, podendo ser: hemiplegia, hemiparesia, disfunções visuais, perceptivas, comprometimento da atividade mental, incontinência urinária, disartria, disfagia, afasia, entre outros.

O tratamento visa correção obtendo melhora da perfusão e metabolismo cerebral, podem ser utilizados: diuréticos, antiagregantes plaquetários, anticoagulantes.

## DISTÚRBIOS CONVULSIVOS

Consiste em uma súbita descarga elétrica dos neurônios cerebrais. Pode ser causada por: efeitos de drogas, hipertermia, tumores, infecções, mal formações, hipoglicemia, entre outros.

Os sinais e sintomas são: perda da consciência, intensa contração muscular, sialorréia, incontinência vesical e intestinal, apnéia, sonolência.

### Cuidados de enfermagem:

- Proteger o paciente durante a crise.
- Evitar colocação de materiais rígidos, como colheres, por exemplo, na cavidade oral.
- Lateralizar o paciente.
- Anotar a duração da crise.
- Afrouxar roupas do paciente.
- Proteger a cabeça do paciente com travesseiros.
- Observar se há alteração de comportamento após a crise.
- Manter grades elevadas.
- Encaminhar ao banho de aspersão com auxílio e supervisão.





## INTRODUÇÃO A PSIQUIATRIA

Até o século XVIII, os doentes mentais eram vistos como seres possuídos pelos demônios, as pessoas tinham medo deles e os mantinham isolados, acorrentados, tratando-os como criminosos. No final do século XVIII e início do século XIX, surge na França Philippe Pinel, médico psiquiatra que provocou uma revolução na assistência aos doentes mentais. Ao libertá-los dos grilhões, inicia-se a humanização da assistência.

Porém, a assistência continuou a ser custodial e norteadada por vigilância, restrição e contenção.

No final do século XIX e início do século XX, outro médico, Sigmund Freud, neuropsiquiatra, transforma a assistência psiquiátrica com a psicanálise. Surge a visão do homem como um todo (físico - mente) e a história de vida deste homem como o fator preponderante nos transtornos mentais.

O enfoque da assistência deixa de ser apenas físico e começam a ser desenvolvidas teorias psiquiátricas e psicológicas. A assistência de enfermagem, porém, continua na vigilância, restrição, assistência nos tratamentos, tendo sido pouco influenciada pelas transformações.

Em 1952, ocorre a última e grande revolução na assistência psiquiátrica. Neste ano sintetizada em laboratório a Clorpromazina, dando grande impulso ao tratamento medicamentoso. Surge nova esperança para os doentes mentais.

Neste mesmo ano Hildegard Peplau, preconiza o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, como instrumento básico da assistência de enfermagem.

A partir desta época a assistência de enfermagem também sofre uma grande transformação. O enfoque à assistência, que até então era voltada aos cuidados físicos (higiene, limpeza), à vigilância e contenção, passa a se centrar nas relações interpessoais. Inicia-se uma nova era onde a criação e manutenção de um ambiente terapêutico nas instituições interpessoais. Inicia-se uma nova era onde a criação e manutenção de um ambiente terapêutico nas instituições humanizam a assistência ao doente mental. A participação efetiva da equipe de enfermagem na assistência global ao paciente passa a ser conhecida e cobrada tanto em nível hospitalar como extra hospitalar. Com isso:

- A atitude em relação à doença mental passa a ser positiva.
- Doentes considerados crônicos melhoravam.

- Surge a possibilidade de tratar o doente em casa.
- Criam-se os ambulatórios.
- Muda-se radicalmente a arquitetura hospitalar: sem grades ou quartos fortes.
- Iniciam-se os tratamentos psicoterápicos a um maior número de pacientes.



### **EQUIPE TERAPÊUTICA E MULTIDISCIPLINAR**

A equipe multidisciplinar tem por objetivo atender o cliente de forma harmoniosa e integrada, respeitando as especificidades de cada profissional, lembrando que todos são responsáveis pela melhora e bem estar do cliente.

São profissionais desta equipe: médico, psiquiatra, enfermeiro psiquiátrico, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e outros.

O enfermeiro psiquiátrico é aquele que se graduou em Enfermagem e especializou-se em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. A equipe de enfermagem é constituída por: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.



Sob liderança do enfermeiro, a equipe de enfermagem deve:

- Implementar a assistência de enfermagem delegada pelo enfermeiro por meio da prescrição de enfermagem;
- Criar e manter um ambiente terapêutico;
- Assegurar a implementação da prescrição médica e atuar junto ao cliente e a família no atendimento de suas necessidades básicas.



Os membros da equipe de enfermagem devem possuir algumas características que são primordiais no atendimento ao doente mental. São elas:

- gostar da profissão;
- ter maturidade emocional;
- ter discernimento;
- ser amigável e afetivo;
- ser flexível;
- ser tolerante;
- saber atuar em equipe;
- saber envolver-se emocionalmente de forma terapêutica;
- ter conhecimento, responsabilidade e competência no exercício de suas funções.

### **ABORDAGEM E COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA**

A comunicação permeia toda a ação da equipe de enfermagem. É o processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, nenhum ser humano pode viver sem se comunicar. Pode ser verbal e não-verbal. A primeira refere-se à linguagem falada e escrita, aos sons e palavras usados para comunicar-se, e a segunda envolve as manifestações de comportamento não expressas por palavras como: expressão facial e corporal, modo de olhar, sorriso, movimentos da boca, lábios entre outros.

Para tornar terapêutica a interação entre membros da equipe de enfermagem e o cliente, são necessários os seguintes passos:

- Usar o silêncio quando necessário isso demonstra respeito pela intimidade do cliente.
- Ouvir o paciente, de forma a compreender o que ele expressa.
- Verbalizar a aceitação.
- Verbalizar interesse.
- Usar frases incompletas, com objetivo de estimular o cliente a completá-las expressando, assim, suas idéias.
- Repetir as últimas palavras ditas pelo cliente, para dar continuidade ao assunto.
- Fazer perguntas em termos claros. Evitar interrogações diretas como: Porque? Como? Pois tornam a pergunta agressiva como se fosse um interrogatório.



- Devolver a pergunta feita.
- Manter o cliente no mesmo assunto.
- Colocar em foco a idéia principal.
- Verbalizar dúvidas.
- Dizer não com honestidade, sinceridade e coerência.

Toda comunicação não-verbal também estará sendo observada pelo cliente, bem como pela própria equipe; assim, deve-se atentar para:

- expressões faciais (sorriso, caretas);
- bocejos;
- posição do corpo;
- ficar olhando para os lados;
- interromper muitas vezes e mudar de assunto repentinamente.

### **OBSERVAÇÃO**

A observação é um processo ativo, direcionado a determinado objetivo, que utiliza todos os sentidos com a finalidade de descrever o comportamento do paciente. O profissional deverá exercer seu papel de observador, utilizando-se de elementos preexistentes no cotidiano de cada paciente dentro da instituição.

Deve-se observar expressão facial, tonalidade de voz, vestimenta, aparência física, participação nas atividades de lazer e rotina, comunicação de problemas somáticos, relacionamento familiar, aderência ao tratamento, entre outros.

### **COLOCAÇÃO DE LIMITES**

É um processo no qual uma pessoa especialmente preparada toma medidas terapêuticas com objetivo de limitar as manifestações inadequadas de comportamento de outra. Essas medidas não devem ter finalidade de punição mas sim de desenvolver comportamento aceitável.

Exemplos de algumas situações em que devem ser colocados limites:

- Quando o paciente transgredir normas de comum acordo. Exemplo: chega por último para tomar banho e quer ser o primeiro.



- Tenta assumir a liderança da enfermagem, estimulando o comportamento negativo dos demais. Exemplo: paciente estimula os demais a fugirem do hospital.
- Quando apresenta comportamento que gere ansiedade, ou irritação nos demais. Exemplo: quer ouvir seu rádio de pilha em volume alto, não compatível com ambiente hospitalar.

## **AMBIENTE TERAPÊUTICO**

As pesquisas tem demonstrado que o ambiente no qual as pessoas mentalmente enfermas são tratadas é um dos fatos importantes para melhorar ou impedir os efeitos terapêuticos de outras modalidades de tratamento. É interessante notar que essa não é uma preocupação nova ou inexplorada. Em arquivos históricos de psiquiatria encontramos formas de criar nos hospitais uma atmosfera agradável para os doentes mentais, proporcionando atividades sociais e recreativas.

Os objetivos do ambiente terapêutico são: ajudar o paciente a desenvolver senso de auto-estima e valor pessoal, melhorar sua capacidade de relacionar-se com os outros, ajuda-lo a aprender confiar nas pessoas, possibilitar que ele volte a comunidade mais preparado para o trabalho e para a vida, e que conquiste padrões mais maduros de conduta.

O ambiente terapêutico deve ter as seguintes características: condições para satisfazer as necessidades físicas e mentais do paciente, fornecendo dieta adequada, repouso, roupas apropriadas, ambiente arejado, proteção necessária, atividades que ocupem os pacientes, a equipe deve permanecer sempre por perto. Portanto, o ambiente do hospital e da unidade de internação, devem ser terapêuticos, envolvendo aspectos de relacionamento e físico.

## **ATENDIMENTO AO DOENTE MENTAL**

Muitas alterações ocorreram durante a última década, nos locais onde o paciente psiquiátrico é assistido. O ambiente passou a servir como medida terapêutica, fazendo parte, na maioria das vezes, do tratamento do paciente.

**HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS:** são instituições públicas ou particulares, que proporcionam ao paciente um regime de internação que pode ser integral ou parcial. É voltado para assistência do doente mental com quadros agudos graves.

**AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL:** instituição promotora de saúde, basicamente responsável pela assistência secundária prestada a uma clientela constituída por pessoas que se



manifestam comprometidas psiquicamente (doentes mentais) e por outras a elas vinculadas.

Funciona como retaguarda para o nível primário da assistência.

**EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA:** tem por objetivo controlar a gravidade do quadro e evitar a internação hospitalar. Geralmente estão inseridas nos pronto-socorros gerais, possuindo leitos de observação para 48/72 horas, com cuidados intensivos, conforme cada caso.

**UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:** as ações desenvolvidas nas UBS caracterizam-se como de atenção primária, integrando profilaxia e tratamento dentro do limite de atuação e complexidade.

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):** estruturas terapêuticas intermediárias entre hospitalização integral e a vida comunitária, que se responsabilizam por cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos graves, mas freqüentemente egressos de internações psiquiátricas, acompanhando-as em suas dificuldades, dentro do sistema público. Sua principal demanda consistem em psicólogos, neuróticos graves, deficientes mentais moderados, sempre acompanhados de desajustamentos sociocultural e econômico.

O CAPS tem os seguintes objetivos:

- Estímulo à participação de atividades produtivas dentro e fora do centro, buscando reinserção profissional dos que alcançam condições para tal (artesanatos, manufaturas, cooperativas, etc).
- Promoção de eventos culturais e/ou recreativos, produzindo espaços de trocas entre usuários, familiares e comunidades.
- Estímulo a formas alternativas e cooperadas de moradia para quem necessite.

### **ADMISSÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

O momento da admissão muitas vezes é bastante traumático ao paciente e sua família, devido a separação da sua vida anterior. Os profissionais devem estar preparados para receber esse paciente.

Toda rotina deve ser explicada ao paciente, em algumas Instituições é solicitado que o paciente tome um banho “banho da admissão”.

Algumas medidas são indispensáveis assim que o paciente chegar a enfermaria após ser internado, como:



- Verificação de sinais vitais.
- Observação do comportamento e integridade física: observar o grau de estresse do paciente, além disso, observar as condições gerais do paciente, como pediculose, cicatrizes, deformidades, hematomas, ferimentos, entre outros. Lembrando sempre de anotar todos esses dados.
- Cuidado físico imediato: banho, corte de cabelo, tricotomia, cortar as unhas.
- Anotação de enfermagem.

### **ALTA DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

Após passar algum tempo e tratamento no hospital psiquiátrico, o paciente deverá retornar à sua vida habitual, melhorado e capaz de lidar com suas dificuldades sem ajuda da equipe no seu dia-dia.

Alguns hospitais psiquiátricos antes de dar alta, libera licença de fim de semana ao paciente melhorado, para que possa ir se adaptando a vida lá fora, pois muitas vezes o paciente sente-se inseguro e com medo.

A alta hospitalar não é o fim do tratamento, mas sim fase de superação da doença. O paciente deve ser orientado quanto a importância da medicação e retornos. A família é o principal suporte do paciente e também deverá ser orientada quanto a sua importância no tratamento do paciente.

No dia da alta a equipe deve avaliar o estado do paciente, devolver seus pertences, verificar sinais vitais e realizar anotação de enfermagem.

### **MEDIDAS DE SEGURANÇA**

Em um hospital psiquiátrico existem algumas situações comuns e freqüentes que geram risco aos pacientes e às pessoas que os atendem.

Entre os principais temos: fugas, agressões, quedas e suicídio.

O profissional de enfermagem deve estar preparado para agir frente a estas situações, devendo ler o prontuário do paciente, para conhecer sua história, seu comportamento antes de adoecer, suas crenças e valores. Deve procurar conversar com familiares, principalmente com os mais próximos a ele, e participar ativamente das passagens de plantão.

## FUGAS

O paciente pode tentar fugir por vários motivos, são eles:

- Porque está com saudade dos filhos e de casa;
- Porque sente falta do álcool e drogas;
- Porque não se acham doentes e não aceitam ficar no hospital;
- Por medo do tratamento.

Os meios mais utilizados são: pular janelas e muros, apropriar-se da chave, aproveitar momento em que outros abrem a porta de saída, esconder-se durante saídas programadas.

Assistência de enfermagem:

- Providenciar visitas dos familiares.
- Oferecer apoio, conversando com paciente.
- Manter vigilância constante, porém discreta.
- Quando paciente retornar da fuga evitar punições.
- Ocupar o paciente com tarefas.



## AGRESSÕES

Existem dois tipos de agressões: auto-agressão (quando o paciente agride a si mesmo), heteroagressões (quando agride aos demais). As agressões podem ser verbais ou físicas.

As causas são inúmeras, entre elas: quadros delirantes, agitação psicomotora, não aceitação de normas e rotinas.

**Assistência de enfermagem:**

- Vigilância constante.
- Imposição de limites, sempre que necessário de forma clara.
- Explicar as normas ao paciente.
- Quando não for possível controlar a agressividade do paciente avisar ao médico para medidas cabíveis.



## SUICÍDIO

O doente mental geralmente se mata ou tenta o suicídio para fugir de um sentimento penoso, ou quando se encontra em quadros delirantes. As tentativas de suicídio também acontecem no início da doença, quando a pessoa percebe o que está ocorrendo com ela e sente incapacidade de controlar os sintomas. Ou também quando o paciente começa melhorar e lembra ou é lembrado dos atos que cometeu durante a fase aguda da doença.

Os meios mais usados em hospitais são: enforcamento, pular de lugares altos, ingerir muitos medicamentos, cortar-se, deixar de se alimentar.

Assistência de enfermagem:

- Observar comportamento do paciente, geralmente ele dá indícios de que pretende se matar. Frases como: “Não preciso mais de remédio”, “Não ficarei aqui por muito tempo”.
- Manter vigilância constante de forma discreta, principalmente em horários críticos.
- Ocupar o paciente em tarefas úteis, permanecendo junto a ele.
- Redobrar a vigilância na enfermaria, pois os demais pacientes podem se sentir inseguros.
- Prestar os primeiros socorros.



## QUEDAS

Ocorrem principalmente em pacientes idosos, pacientes que fazem uso de drogas psicoativas.

Assistência de enfermagem:

- Verificar causa da queda.
- Estar atento ao piso da enfermaria.



- Observar atentamente pacientes que fazem uso de drogas psicoativas.
- Verificar se houve lesões após queda, tomando as medidas cabíveis.

### **PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS.**

*“Como posso fugir de vocês – vozes? Vocês ecoam meus sentimentos, assombram meus pensamentos, assombram meus pensamentos e aterrorizam minhas noites... Como posso livrar-me de vocês? Canto o mais alto que posso e ainda ouço vocês. Falo alto e escuto as pessoas e ainda ouço vocês. Será que existe um “eu” sem vocês? Não, a resposta bem alta e clara, não existe um eu sem vocês. Enquanto eu possuir emoções, vocês serão meu eco. Enquanto eu tiver pensamentos, vocês estarão na escuridão.”*

*Sharon LeClaire*

### **ESQUIZOFRENIA**

É uma doença conhecida há muito tempo e já foi encontrada em todos os tipos de sociedade. No começo do século XX, foi diferenciada das doenças afetivas e descrita por subcategoria, a principio era classificada como “demência precoce”, só em 1911 foi usado pela primeira vez o termo esquizofrenia.

A esquizofrenia é uma psicose de início precoce (infância e juventude), de evolução crônica. É a mais incapacitante das doenças mentais, pois o indivíduo acometido pode não se recuperar totalmente, não ter condições para o trabalho e sofrer discriminação social. Aproximadamente 1% da população desenvolve a doença no decorrer da vida, afetando homens e mulheres com igual frequência.

#### **Tipos:**

##### **Esquizofrenia Paranóide**

Caracteriza-se pela presença de delírios persecutórios ou de grandeza e por alucinações auditivas relacionadas a um tema único. O indivíduo se apresenta com frequência tenso, desconfiado e retraído, podendo mostrar-se hostil e agressivo.



### **Esquizofrenia Desorganizada / Hebefrênica**

O início dos sintomas é geralmente antes dos 25 anos de idade, de curso crônico. O comportamento é acentuadamente regressivo e primitivo, o contato com a realidade é extremamente deficiente. Caretas faciais, comportamentos bizarros são comuns, sendo a comunicação incoerente.

### **Esquizofrenia Catatônica**

Caracteriza-se por anormalidades acentuadas no comportamento motor, pode se manifestar como um retardo psicomotor, acompanhado por verbalizações incoerentes e gritos contínuos, que freqüentemente mostram-se destrutivos e violentos com outras pessoas.

### **Esquizofrenia Indiferenciada**

Comportamento claramente psicótico, com evidências de delírios, alucinações, incoerência e comportamento bizarro.

### **Esquizofrenia Residual**

Essa categoria é utilizada quando o indivíduo tem uma história de pelo menos um episódio anterior de esquizofrenia, com proeminentes sintomas psicóticos. Os sintomas pode incluir isolamento social, distúrbio da higiene e aparência, empobrecimento da fala ou fala excessivamente elaborada, pensamento ilógico ou apatia.

### **Tratamento**

Ambulatorial ou internação na fase aguda e uso de neurolépticos.

### **Assistência de enfermagem**

1. Observar atentamente o comportamento do cliente.
2. Motiva-lo no seu auto-cuidado.
3. Atentar-se ao risco de suicídio.
4. Ocupa-lo com tarefas.



5. Na presença de delírios ou alucinações, não criticar ou menosprezar suas idéias. Tentar sempre trazê-lo a realidade.

6. Orientar os familiares quanto ao quadro clínico do paciente.

**Sugestão de atividade:**

Filmes: A ilha do medo, Uma mente brilhante. Passar o filme e discutir em sala de aula.

### **TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**

É um transtorno no estado de humor, bem como no nível de energia, ânimo e interesse. O humor encontra-se polarizado para tristeza ou para exaltação ou, como é mais comumente chamado, para depressão (tristeza) ou para mania (exaltação). Tais quadros podem ocorrer como episódios únicos, mas costumam evoluir em fases e ser recorrentes, podendo ter remissão espontânea ou cronicar caso não sejam tratados adequadamente.

Os delírios e alucinações podem ou não fazer parte do quadro clínico. Durante um episódio maníaco, o humor se mostra elevado, expansivo ou irritável. A atividade motora é excessiva e frenética. Características psicóticas podem estar presentes, um grau um pouco mais leve desse quadro clínico sintomático é denominado hipomania.

Os transtornos de humor são observados em diversos membros de uma mesma família, evidenciando a existência de uma predisposição genética ou herdada. Outras teorias que tentam explicar o porque da depressão e euforia é sobre efeitos de substâncias químicas no sistema nervoso central.

Na fase de depressão os pacientes apresentam: sensação de tristeza interna, angústia, perda do interesse em viver, desânimo, pessimismo, idéias suicidas, dificuldade de concentração, alterações do sono e apetite, desinteresse sexual.

Na fase de mania apresentam: sensação de bem-estar geral, humor elevado, elevada auto-estima, falta de crítica, fuga de idéias, insônia, aumento de energia e resistência ao cansaço físico.

O tratamento é feito com antidepressivos, psicoterapia, estabilizadores de humor e antipsicóticos.

**Sugestão de atividade:**

Filme: Mr. Jones. Passar o filme e discutir em sala de aula.



## **TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO – TOC**

A característica essencial do TOC é o pensamento obsessivo ou atos compulsivos recorrentes.

Os principais sinais e sintomas são: pensamentos obsessivos (idéias, sentimento ou imagens que entram repetidamente na mente do indivíduo e que são sempre angustiantes), atos ou rituais compulsivos que são desagradáveis e impedem o indivíduo de cumprir suas tarefas, preocupações com limpeza, medo de que algo terrível possa acontecer, preocupação com simetria, ordem ou exatidão, idéias de pecado, número de sorte ou azar, lavar as mãos, tocar em objetos, pisar apenas em partes brancas.

O tratamento é com antidepressivos e psicoterapia comportamental.

### **Assistência de enfermagem:**

1. Não impedir que o cliente realize o ritual, pois o impedimento aumenta a ansiedade.
2. Permanecer ao seu lado até que termine o ritual se necessário.
3. Não apressa-lo.
4. Não criticar seu comportamento nem ridiculariza-lo.
5. Dar apoio e mostrar aceitação.
6. Mantê-lo ocupado com tarefas úteis.
7. Fazer junto com o cliente um planejamento de tempo, de tal forma que o ritual não interfira nas atividades de vida diária. Por exemplo: avisa-lo 15 minutos antes do horário das refeições.

### **Sugestão de atividade:**

Filme: Melhor é impossível. Passar o filme e discutir em sala de aula.

## **USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Critérios para diagnóstico de dependentes de substâncias psicoativas:

- Ingestão em quantidade maior ou por um período de tempo mais longo do que era pretendido.



- Desejo persistente.
- Gastar grande parte do tempo em consumo da substância.
- Frequentes intoxicações.
- Sintomas provenientes da suspensão do uso.
- Manter utilização recorrente.

### **Narcóticos (Morfina, Heroína e Demerol)**

Depressores do SNC usados medicamentosamente para o alívio da dor de média a grande intensidade. Produzem bem-estar temporário.

### **Álcool**

O álcool etílico é uma substância psicoativa que atua no SNC, causando efeitos prazerosos, mudanças de comportamento e podendo causar repercussões físicas, psíquicas e sociais.

O álcool é considerado uma droga, pois atua como calmante, reduzindo a ansiedade e a sensação de medo do desconhecido.

Principais características e sintomas: hálito alcoólico, olhos e faces avermelhadas, emagrecimento e falta de apetite, nervosismo, insônia, agressividade.

### **Cocaína e Crack**

São drogas ilícitas, estimulantes do SNC, que aumentam a sensação de bem-estar mental e físico. O crack é um derivado da cocaína. A absorção destas substâncias é rápida (3 minutos quando inalada, 15 segundos quando injetada e 7 segundos quando fumada). O tratamento vai além da medicação, também é necessário apoio. A fatalidade do abuso está relacionada à intensa sensação de euforia e à curta duração do efeito que faz com que o usuário utilize outras doses de 30 em 30 minutos.

### **Maconha**

É um estimulante do SNC feito a partir da planta *Cannabis sativa*, de baixo custo e de preparo rudimentar. Pode causar: sensação de corpo leve, excitação, euforia, intensificação do prazer sexual.

O usuário torna-se um dependente psicológico da droga, devido à falsa percepção de que tudo ficou mais fácil com o uso desta substância.

**Sugestão de atividade:** Filme: O diário de um adolescente, Bicho de sete cabeças. Passar o filme e discutir em sala de aula.

## TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os principais transtornos alimentares que levam à necessidade de internação são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

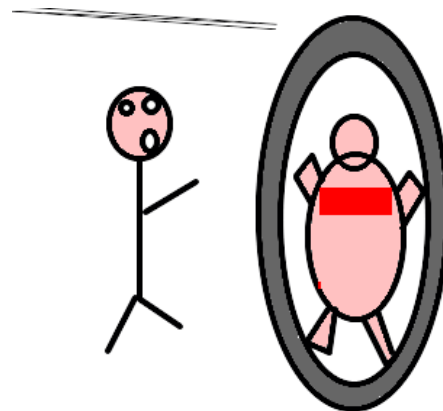
Os transtornos alimentares tem um índice de mortalidade de mais de 10% dos clientes.

Uma das explicações para a anorexia e bulimia nervosa é a de que esses transtornos se dariam a partir do hábito das clientes de fazerem regime alimentar, com objetivo de estarem magras e com corpo em forma. Frequentemente, as conseqüências são graves, chegando a grande estado de desnutrição e morte.

Atualmente mesmo com maior conhecimento e esclarecimento sobre essas modalidades de doenças, muitas clientes recusam-se a acreditar que estão doentes e, conseqüentemente, recusam o tratamento. Estudos indicam que as clientes que são tratadas precocemente tem maior probabilidade de recuperação total.

## ANOREXIA NERVOSA

Nesse distúrbio, mesmo havendo evidências em contrário, a cliente julga-se gorda (distúrbio de imagem), continua a fazer regime e a emagrecer, tendo muito medo de ganhar peso. É comum encontrar nas anoréxicas: baixa auto-estima, obsessão por alimentos, regimes e rituais alimentares, necessidade compulsiva de fazer exercícios e ginástica com objetivo de perder peso, sentimentos de desesperança e medo de ser obesa, sintomas de depressão, como perturbações do sono, crises de choro e idéias de suicídio.





## **BULIMIA NERVOSA**

Na bulimia nervosa, ao contrário, a cliente ingere grandes quantidades de alimento de uma só vez e, para manter o peso que considera ideal, recorre a estratégias, como jejuns, indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos e enemas de forma indiscriminada e prática exagerada de exercícios.

É comum encontrar nas bulímicas: compensação por seus problemas ingerindo grande quantidade de alimentos de uma só vez, vergonha de seus hábitos alimentares, baixa auto-estima, sentimentos de desesperança, medo de perder o controle e de se tornar obesa.

Assistência de enfermagem:

1. Permanecer junto ao paciente nos horários de refeição.
2. Observação constante para que o paciente não esconda alimentos.
3. Após a refeição pedir para que o paciente permaneça por algum tempo próximo a equipe de enfermagem.
4. Observar se há indícios de vômitos.
5. Observar o comportamento do paciente.

## **EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS**

Considera-se emergência psiquiátrica o estado em que o indivíduo perde sua capacidade de adaptação. Corresponde a uma alteração da consciência, do pensamento e da sensopercepção que requer uma intervenção imediata.

O cliente nem sempre considera sua situação um problema. Por estar fora da realidade, acredita que todos querem mata-lo. Desta forma, é conduzido ao hospital contra sua vontade, o que dificulta a abordagem.

Principais emergências: agitação psicomotora (esquizofrenia, mania, epilepsia, deficiência mental e embriaguez), quadros confusionais (por intoxicação), suicídio.



## CONTENÇÃO MECÂNICA DO CLIENTE:

- Número ideal da equipe: 5 elementos.
- Material necessário: cama baixa em quarto individual, arrumada com lençol, faixas de contenção, lençol e ou cobertor (para cobrir o cliente).

Passos da contenção:

1. Identificar a necessidade da contenção (cliente agitado).
2. Reunir os cinco elementos da equipe que farão a contenção, estes devem colocar-se em posições estratégicas, rodeando o cliente, ou seja:
  - Um elemento de frente para o cliente conversando e tentando acalmá-lo, no momento oportuno esse elemento dará sinal aos demais para segurar o cliente.
  - Recebendo o sinal, os quatro elementos restantes se encarregam de segurar coxas e braços do cliente.
  - Sempre conter firme e seguramente as coxas e braços do cliente, evitando que ele faça uso da possibilidade de movimentar pernas e braços, o que dificulta a contenção.
3. O quinto elemento da equipe, que não participa diretamente da contenção, arruma a cama onde ficará o cliente, pega as faixas e as arruma conforme técnica.
4. Levar o cliente para o quarto escolhido. Imobilizar pulsos e tornozelo do cliente prendendo-os na cama.
5. Observar corretamente a técnica de contenção, tomando o cuidado de não garrotear qualquer parte do corpo do cliente.
6. Conter o cliente sempre com roupas.
7. Cobrir o cliente com lençol assim que terminar de contê-lo.
8. Explicar ao cliente o motivo da contenção.
9. Um elemento da equipe deve permanecer junto ao cliente e dar assistência de enfermagem (hidratação, cuidados de higiene, diálogo, mudança de decúbito, proteção da pele, etc).
10. A porta do quarto escolhido permanecerá aberta em todos os momentos. O elemento da equipe determinado para permanecer com o cliente não deve se afastar sem deixar um substituto.



Observações importantes:

Em caso de clientes extremamente agitados, pode ser necessário conter também sucessivamente outras partes do corpo.

Nunca amarrar o cliente pelas axilas, e com os pés juntos.

A contenção física é um procedimento eleito como última alternativa de atendimento.

## TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O tratamento das doenças mentais é realizado de duas formas: abordagens psicoterápicas e com intervenções biológicas. Estas abordagens não devem ser encaradas como opostas, mas, sim como complementares.

### Abordagem psicoterápica

**Psicoterapia:** atitudes e intervenções calculadas, sendo diferentes de indivíduo para indivíduo e desenvolvidas por profissionais habilitados. As psicoterapias podem ser em grupo ou individuais.

### Tratamentos biológicos

Tratamento dividido em farmacológico terapêuticos por choque.

**Psicofármacos:** medicamentos utilizados na psiquiatria classificados de acordo com a indicação clínica, são eles:

**Hipnóticos:** atuam na insônia (Dalmadorm, Halcion).

**Ansiolíticos:** atuam na ansiedade (Lexotan, Lorax).

**Antipsicóticos:** atuam nos sintomas psicóticos ( Haldol, Amplicitil).

**Antidepressivos:** atuam na depressão (Tryptanol, Tofranil).

### Terapêuticas por choque

O eletrochoque ou eletroconvulsoterapia – ETC (ataques epiléticos provocados através do choque elétrico), era utilizada antigamente, a certos estados depressivos, as esquizofrenias e delírios crônicos, quando não reagem ao fármacos. Porém, o relatório da 2º Conferência Nacional de Saúde Mental (1994), exige a aprovação de dispositivos legais que proíbam o uso de práticas violentas, entre as quais, ETC.