



**ABP**  
Associação  
Brasileira de  
Psiquiatria

Ano 4 • nº4 • Jul/Ago 2014  
ISSN 2236-918X

REVISTA

DEBATES EM

# psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

[www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)

Mala Direta  
Postal

9912341582/2014-DR/RJ  
ABP

CORREIOS



**ELETROCONVULSOTERAPIA PARA  
O TRATAMENTO DE DEPRESSÃO  
PSICÓTICA REFROTÁRIA EM PACIENTE  
COM DESNUTRIÇÃO GRAVE:  
ESTAMOS ESQUECENDO A ECT?**

**ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA  
NA SÍNDROME DE TOURETTE**

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO  
DOENTE MENTAL EM HOSPITAL GERAL DA REGIÃO  
METROPOLITANA DE GOIÂNIA (GO), BRASIL**

**INFERTILIDADE FEMININA**

**VISITA DOMICILIAR AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS  
PELO PSQUIATRA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):  
FERRAMENTA PARA O ENSINO QUE PÓDE LEVAR À INCLUSÃO DO  
PACIENTE E APRENDIZADO AO MÉDICO COM AS  
RELAÇÕES HUMANAS CONQUISTADAS**



## VOCÊ JÁ CONHECE O PEC DA ABP?

O **PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA (PEC)** É UM SISTEMA DE E-LEARNING OFERECIDO PELA ABP ATRAVÉS DO FORMATO AUDIOVISUAL.

ELE É TRANSMITIDO VIA INTERNET 24 HORAS POR DIA COM **8 AULAS** NOVAS POR ANO E QUE ACONTECEM TAMBÉM DE FORMA PRESENCIAL E GRATUITA.

ACESSE AGORA E TENHA UM MUNDO DE CONHECIMENTO.

CONHEÇA, INFORME-SE E PARTICIPE!  
[WWW.PEC-ABP.ORG.BR](http://WWW.PEC-ABP.ORG.BR)

# APRESENTAÇÃO



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
EDITOR



JOÃO ROMILDO BUENO  
EDITOR

Prezados colegas leitores,

Temos a satisfação de apresentar mais um número da nossa RDP.

Esta edição abre com um artigo de Pedro Shiozawa et al. sobre eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento da depressão psicótica refratária. O artigo tem a importância de atualizar o psiquiatra sobre a indicação adequada desse tratamento na prática clínica. Ao indicar que o índice de refratariedade ao tratamento da depressão é de 15 a 20%, os autores mostram a eficácia da ECT nesses casos. Os autores também orientam o clínico sobre o uso adequado do aparelho, além da necessidade de seguir um “protocolo de exames e avaliações pré-estimulação de ECT”. O artigo conclui apresentando um caso clínico de depressão refratária grave bem resolvido pelo tratamento.

O segundo artigo é uma revisão inédita em português, de autoria de Ana G. Hounie, sobre o uso de estimulação cerebral profunda na síndrome de Tourette. Embora a maioria dos casos dessa síndrome seja controlada com medicamentos, há uma minoria em que ela assume forma grave e refratária, necessitando de intervenção cirúrgica. O artigo revisa a literatura sobre o uso de estimulação cerebral profunda na síndrome de Tourette, enfatizando os resultados positivos relatados em muitos estudos, mas, também, o caráter ainda experimental do tratamento, que por isso deve ser indicado com cautela.

Em seguida, em um artigo original, Wanessa Ferreira da Silva et al. fazem uma análise da assistência de enfermagem ao doente mental em um hospital geral da Região Metropolitana de Goiânia, considerando os direitos dispostos na Lei 10.216/2001. Um total de 23 profissionais de saúde (auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros assistenciais) são entrevistados. O estudo discute a importância da capacitação da equipe de enfermagem do hospital para garantir tratamento digno a pacientes com doença mental. Falhas profissionais, institucionais e políticas são discutidas pelos autores com base nos dados coletados.

Em seguida, o artigo de atualização de Renata Demarque et al. explora a infertilidade feminina e a ampla gama de sentimentos que esse fenômeno produz, tais como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia e vergonha, desencadeando, por vezes, quadros importantes de estresse. A autora enfatiza a necessidade de priorizar uma abordagem do sujeito na sua integralidade, incluindo a dimensão emocional e social na qual a mulher está inserida.

Finalmente, em artigo de opinião, Lisandre Brunelli enfoca outro tema bastante atual: visitas domiciliares aos portadores de transtornos mentais em atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A autora explora o poder dessas visitas domiciliares como ferramenta de acolhimento dos pacientes e suas famílias, estimulando sua integração social, autonomia e inclusão. A autora apresenta uma valiosa coleção de citações de autores especialistas no assunto para ilustrar a discussão.

Esperamos que os leitores apreciem nossa seleção de artigos para esta edição.

Aproveitem a leitura!

Os Editores



## DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Antônio Geraldo da Silva - DF  
Vice-Presidente: Itiro Shirakawa - SP  
1º Secretário: Claudio Meneghello Martins - RS  
2º Secretário: Mauricio Leão - MG  
1º Tesoureiro: João Romildo Bueno - RJ  
2º Tesoureiro: Alfredo Minervino - PB

## DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Aparício Carvalho de Moraes - RO  
Diretor Regional Nordeste: Fábio Gomes de Matos - CE  
Diretor Regional Centro-Oeste: Juberty de Souza - MS  
Diretor Regional Sudeste: Marcos Gebara - RJ  
Diretor Regional Sul: Ronaldo Ramos Laranjeira - SP

## CONSELHO FISCAL

### Titulares:

Francisco Baptista Assumpção Júnior - SP  
Florence Kerr-Corrêa - SP  
Sérgio Tamai - SP

### Suplentes:

José Toufic Thomé - SP  
Fernando Grilo Gomes - SP  
Géder Evandro Motta Grohs - SC

ABP - Rio de Janeiro  
Av. Rio Branco, 257 - 13º andar  
salas 1310/15 - Centro  
CEP: 20040-009 - Rio de Janeiro - RJ  
Telefax: (21) 2199.7500  
Rio de Janeiro - RJ  
E-mail: abpsp@abpbrasil.org.br  
Publicidade: comercial@abpbrasil.org.br

# ////// EXPEDIENTE

## EDITORES

Antônio Geraldo da Silva  
João Romildo Bueno

### Editores Associados

Itiro Shirakawa  
Alfredo Minervino  
Luiz Carlos Illafont Coronel  
Maurício Leão  
Fernando Portela Camara

### Conselho Editorial

Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG  
Ana Gabriela Hounie - SP  
Analice de Paula Gigliotti - RJ  
Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros - RS  
Carmita Helena Najjar Abdo - SP  
Cássio Machado de Campos Bottino - SP  
César de Moraes - SP  
Elias Abdalla Filho - DF  
Érico de Castro e Costa - MG  
Eugenio Horácio Grevet - RS  
Fausto Amarante - ES  
Flávio Roithmann - RS  
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP  
Helena Maria Calil - SP  
Humberto Corrêa da Silva Filho - MG  
Irismar Reis de Oliveira - BA  
Jair Segal - RS  
João Luciano de Quevedo - SC  
José Cássio do Nascimento Pitta - SP  
José Geraldo Vernet Taborda - RS  
Marco Antonio Marcolin - SP  
Marco Aurélio Romano Silva - MG  
Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ  
Maria Alice de Vilhena Toledo - DF  
Maria Dilma Alves Teodoro - DF  
Maria Tavares Cavalcanti - RJ  
Mário Francisco Pereira Juruena - SP  
Paulo Belmonte de Abreu - RS  
Paulo Cesar Geraldês - RJ  
Sergio Tamai - SP  
Valentim Gentil Filho - SP  
Valéria Barreto Novais e Souza - CE  
William Azevedo Dunningham - BA

### Conselho Editorial Internacional

Antonio Pacheco Palha (Portugal), Marcos Teixeira (Portugal), José Manuel Jara (Portugal), Pedro Varandas (Portugal), Pio de Abreu (Portugal), Maria Luiza Figueira (Portugal), Julio Bobes Garcia (Espanha), Jerónimo Sáiz Ruiz (Espanha), Celso Arango López (Espanha), Manuel Martins (Espanha), Giorgio Racagni (Italia), Dinesh Bhugra (Londres), Edgard Belfort (Venezuela)

### Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira  
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP  
Gerente Geral: Simone Paes  
Impressão: Gráfica Editora Pallotti



\* As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos

## 6/ **relato de caso**

Eletroconvulsoterapia para o tratamento de depressão psicótica refratária em paciente com desnutrição grave: estamos esquecendo a ECT?

por: PEDRO SHIOZAWA;  
GERALDO TELES MACHADO NETTO;  
QUIRINO CORDEIRO;  
RAFAEL BERNARDON RIBEIRO

## 12/ **revisão**

Estimulação cerebral profunda na síndrome de Tourette por: ANA G. HOUNIE

## 20/ **artigo original**

Análise da assistência de enfermagem ao doente mental em hospital geral da Região Metropolitana de Goiânia (GO), Brasil por:

WANESSA FERREIRA DA SILVA;  
ROBERTH ANTHONES MARQUES CABRAL;  
LETÍCIA XAVIER FARIA

## 30/ **atualização**

Infertilidade feminina por: RENATA DEMARQUE;  
JOEL RENNÓ JR.; HEWDY LOBO RIBEIRO;  
JULIANA PIRES CAVALSAN; GISLENE VALADARES;  
AMAURY CANTILINO; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO;  
RENAN ROCHA;  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

## 34/ **opinião**

Visita domiciliar aos portadores de transtornos mentais pelo psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ferramenta para o ensino que pode levar à inclusão do paciente e aprendizado ao médico com as relações humanas conquistadas por: LISANDRE F. BRUNELLI

## ELETROCONVULSOTERAPIA PARA O TRATAMENTO DE DEPRESSÃO PSICÓTICA REFRATÁRIA EM PACIENTE COM DESNUTRIÇÃO GRAVE: ESTAMOS ESQUECENDO A ECT?

### ELECTROCONVULSIVE THERAPY FOR THE TREATMENT OF REFRACTORY PSYCHOTIC DEPRESSION IN A PATIENT WITH SEVERE MALNUTRITION: ARE WE FORGETTING ECT?

#### Resumo

Transtornos depressivos são um importante problema de saúde pública. Este artigo relata o caso de uma paciente do sexo feminino, 35 anos, internada por quadro depressivo grave com sintomas psicóticos refratários a tratamento medicamentoso. Ao longo de 3 anos de acompanhamento psiquiátrico, a eletroconvulsoterapia (ECT) nunca havia sido oferecida como opção de tratamento. A paciente foi tratada com ECT e apresentou melhora significativa dos sintomas psiquiátricos e físicos, e atualmente leva uma vida normal. São discutidas as indicações e limitações do uso de ECT.

**Palavras-chave:** Eletroconvulsoterapia, depressão grave, sintomas psicóticos, desnutrição.

#### Abstract

Depressive disorders are an important public health problem. This article describes the case a 35-year old female patient admitted due to severe depression with psychotic symptoms and refractory to pharmacological treatment. Over 3 years of psychiatric therapy, electroconvulsive therapy (ECT) had never been offered as a treatment option. The patient was treated with ECT and showed significant improvement of psychiatric and physical symptoms, and currently leads a normal life. The indications and limitations of ECT are discussed.

**Keywords:** Electroconvulsive therapy, severe depression, psychotic symptoms, malnutrition.

#### INTRODUÇÃO

Transtornos depressivos são um importante problema de saúde pública, devido a sua prevalência, prejuízos em termos de incapacitação e sofrimento, potencial de curso crônico e recorrência, além de elevados custos sociais e em saúde. A prevalência de transtorno depressivo maior ao longo da vida na população brasileira, segundo estimativa do estudo São Paulo Megacity, realizado na região metropolitana de São Paulo entre 2005 e 2007 e recentemente publicado, foi de 16,9%<sup>1</sup>. De acordo com outro estudo, The Global Burden of Disease Study<sup>2</sup> (Estudo da Carga/Peso das Doenças), as doenças psiquiátricas são a quinta maior causa de morbimortalidade no mundo (correspondendo a 7,4% da carga/peso global das doenças) e foram a maior causa de incapacidade no mundo em 2010 (carga não letal das doenças). No estudo, somente em 2010, as doenças mentais agrupadas com dependência química foram responsáveis por 175,3 milhões de anos vividos com incapacitação (do inglês, *years lived with disability*); destes, 42,5% foram devidos à depressão<sup>2</sup>.

Além disso, o índice de refratariedade na depressão maior é outro dado digno de preocupação<sup>3</sup>. De 15 a 20% dos pacientes serão considerados refratários, apesar de múltiplas e consistentes tentativas de tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos, mesmo com estratégias de potencialização, de acordo com o estudo STAR-D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression, ou Alternativas Sequenciais de Tratamento para o Alívio da Depressão),



<sup>1</sup>Coordenador do Laboratório de Neuromodulação do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>2</sup>Médico psiquiatra assistente do Serviço de ECT do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>3</sup>Professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Diretor do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Membro da Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). <sup>4</sup>Professor instrutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Coordenador do Serviço de ECT do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Membro da Comissão de Estudos, Divulgação e Desestigmatização do ECT e Eletroestimulação da ABP.

trabalho realizado com a proposta de se aproximar da prática diária do tratamento da depressão<sup>4</sup>. Além da questão da refratariedade, esses transtornos têm curso crônico e recorrente. De fato, o índice de recorrência para pacientes que se recuperam do primeiro episódio depressivo é de 40% dentro de 10 anos e de 50% em 20 anos<sup>5</sup>.

Aos recentes desenvolvimentos nas neurociências foram acrescentadas informações relevantes para a compreensão dessa doença complexa, agregando novas estratégias terapêuticas de estimulação cerebral não invasiva (*noninvasive brain stimulation*, NIBS) à já clássica eletroconvulsoterapia (ECT), técnicas que têm sido progressivamente estudadas, com impacto clínico notável<sup>6,7</sup>.

Estimulação cerebral não farmacológica, usada como técnica neuromoduladora, pode ajudar a superar muitas das dificuldades atuais no tratamento de transtornos neuropsiquiátricos relacionados à resistência total ou parcial à farmacoterapia. Essas técnicas têm como objetivo aumentar a resposta terapêutica, diminuir o tempo de resposta em situações de urgência e emergência, ampliar e assegurar as taxas de remissão e, em alguns casos, diminuir os efeitos adversos, aumentando, assim, a aderência ao tratamento. No caso da ECT, trata-se de uma estratégia terapêutica já antiga e consagrada, segura e validada na literatura, bastante útil no tratamento de sintomas depressivos graves, especialmente em casos psicóticos, catatônicos e resistentes ao tratamento.

A ECT, introduzida na psiquiatria em 1938, passou por inúmeras transformações ao longo dos anos, como a incorporação de aparelhos modernos, que permitem a dosimetria da carga exata para cada tratamento, parâmetros mais fisiológicos, como comprimento de onda curto (pulsos breves, entre 0,5 e 2,0 milissegundos, e ultrabreves entre 0,3 e 0,25 milissegundos), corrente elétrica constante, controle do tempo de estímulo (em geral, máximo de 6 ou 8 segundos, dependendo do programa e do aparelho utilizado), e frequência de disparo. Todos esses parâmetros permitem uma carga máxima de 576 milicoulombs (mC) para aparelhos de 100 joules de energia, ou o dobro para aqueles de 200 joules. Outra incorporação fundamental e mandatória na ECT moderna, a chamada "ECT modificada", é o uso da anestesia, consistindo de um hipnótico (propofol ou etomidato), um relaxante muscular (succinilcolina) e atropina. Além disso, há também monitorização contínua cardíaca, da oximetria e da pressão arterial, além do

eletroencefalograma para o seguimento da crise. A sala da ECT deve ser apropriada, localizada em ambiente hospitalar, dispor de oxigênio, contar com equipe de enfermagem e profissional anestesilogista, além do médico psiquiatra, conforme o disposto na nova resolução do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta a prática no Brasil (Resolução CFM nº 2057/2013).

Quanto à técnica, recomenda-se titulação de limiar convulsivo para cada paciente, o que customiza a dose e minimiza os efeitos adversos cognitivos, sendo a dose habitual mais baixa que o potencial nominal dos aparelhos. Outra estratégia para minimizar a presença de efeitos colaterais da técnica é o posicionamento dos eletrodos, que pode ser bitemporal, bifrontal ou unilateral em hemisfério não dominante (em geral, o direito). As técnicas bifrontal e unilateral direita têm crescido em uso por minimizarem os efeitos cognitivos, sendo quase tão eficazes quanto a técnica clássica bitemporal, em que pesem algumas ressalvas, como aumento do número de sessões necessárias para o mesmo efeito no caso de tratamento unilateral com pulsos ultrabreves. Vários estudos têm validado o uso da ECT bifrontal e unilateral, tanto em transtornos do humor como em psicoses, com pulsos breves e ultrabreves, destacando os bons resultados com menores efeitos adversos cognitivos, sendo boa opção para início de tratamento na maior parte dos casos<sup>8</sup>.

Quanto à eficácia da técnica, sabe-se que a taxa de resposta à ECT nos transtornos de humor é de cerca de 90%<sup>9</sup>. Um grupo de pesquisadores do UK ECT Review Group, em uma revisão sistemática e metanálise publicada no respeitado *Lancet*, descobriu que a ECT é efetiva no tratamento agudo da depressão, sendo inclusive mais efetiva que o uso de drogas antidepressivas. Além disso, a referida metanálise demonstrou que a ECT bilateral é mais efetiva que sua aplicação unilateral, e que cargas mais elevadas parecem funcionar melhor que cargas menores. Comparação recente realizada em metanálise entre ECT e estimulação magnética transcraniana repetitiva de alta frequência (EMT) mostrou que, para o tratamento do transtorno depressivo maior, foram necessários, em média, 15,2 tratamentos com EMT contra 8,2 sessões de ECT para se atingir, respectivamente, 33,6 e 52% de remissão entre os pacientes (*odds ratio* = 0,46; *p* = 0,04). Tal estudo evidenciou também melhora mais pronunciada nos pacientes submetidos à ECT (*p* = 0,007)<sup>10</sup>.

Assim, a ECT apresenta melhor resposta terapêutica tanto quando comparada ao uso de antidepressivos como quando comparada à EMT.

Podemos concluir que, na atualidade, a ECT é considerada o tratamento mais eficaz para o episódio depressivo agudo e é particularmente adequada para pacientes gravemente doentes, com ideação suicida, catatonia, risco de morte e/ou depressão psicótica.

Assim, a ECT apresenta melhor resposta terapêutica tanto quando comparada ao uso de antidepressivos como quando comparada à EMT.

Podemos concluir que, na atualidade, a ECT é considerada o tratamento mais eficaz para o episódio depressivo agudo e é particularmente adequada para pacientes gravemente doentes, com ideação suicida, catatonia, risco de morte e/ou depressão psicótica.

## **CASO CLÍNICO**

Paciente do sexo feminino, 35 anos, administradora de empresas e professora de ioga, foi internada em 18/12/2013 por quadro depressivo grave com sintomas psicóticos refratários a tratamento medicamentoso para depressão grave. Veio acompanhada da mãe, que informou tratamento psiquiátrico iniciado há cerca de 3 anos. Apesar do tratamento farmacológico realizado, a paciente apresentou pobre resposta terapêutica, ocorrendo piora sobretudo no último ano, quando sintomas psicóticos também começaram a ocorrer. Usava sonda nasoenteral havia 7 meses devido à recusa sistemática em se alimentar. Foi internada duas vezes em hospitais clínicos devido a repercussões de quadro de desnutrição que passou a apresentar. Em suas internações clínicas, foi investigada doença autoimune e foram realizados exames como ressonância nuclear magnética de crânio e coleta de liquor, além de investigação laboratorial (eletrólitos, hematologia, *screening* hormonal, provas inflamatórias), sempre negativos.

Durante todo o tempo em que a paciente esteve sob tratamento, em especial nos momentos de maior gravidade de seu quadro clínico, mesmo estando sondada e desnutrida, a ECT nunca foi apresentada pelos seus psiquiatras como técnica terapêutica a ser utilizada. A família soube da existência da ECT em busca realizada na Internet. Com isso, buscou ajuda no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde a técnica é realizada gratuitamente, como parte do tratamento dos pacientes da instituição.

Ao exame de entrada no CAISM, a paciente apresentava-se

vígil, em negativismo ativo, com humor deprimido, hipotímica, pensamento pobre, de curso lentificado, discurso permeado por delírios e crítica ausente. Apresentava também grave quadro de desnutrição, estando com sonda nasoenteral para alimentação. Devido à gravidade de seu quadro clínico e psiquiátrico, a paciente foi internada no CAISM para tratamento.

Após investigação clínica e complementar com exames laboratoriais e de neuroimagem, firmou-se diagnóstico de episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, com resposta refratária ao uso de antidepressivos. Depois de reunião com familiares e assinatura de termo de consentimento, a equipe optou por iniciar sessões de ECT, conforme disposição prévia dos familiares ao buscarem o serviço, tendo em vista a refratariedade e gravidade dos sintomas psiquiátricos e clínicos do caso.

O protocolo de exames e avaliações pré-estimulação de ECT consistiu em<sup>11</sup>:

- 1) avaliação clínica pré-anestésica;
- 2) avaliação odontológica;
- 3) exames laboratoriais: hemograma completo, coagulograma completo, hormônio estimulante da tireoide (TSH), T4 livre, enzimas hepáticas – aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), fosfatase alcalina (FA) e gama-glutamil-transferase (GGT) –, ureia, creatinina, sódio, potássio e glicemia;
- 4) tomografia ou ressonância nuclear magnética de crânio (últimos 6 meses);
- 5) raio X de tórax: posteroanterior e perfil;
- 6) eletrocardiograma (ECG).

O tratamento indicado na fase aguda consistiu em 12 sessões de ECT bitemporal com pulsos breves, carga ajustada para 160 mC (duas sessões semanais de ECT), tendo a paciente evoluído com melhora clínica significativa dos sintomas psiquiátricos e físicos e recebido alta hospitalar com quetiapina e sessões semanais de ECT, devido à gravidade do quadro psicopatológico prévio e à baixa resposta terapêutica com psicofármacos. Durante o período de ajuste da dose da quetiapina ambulatoriamente, foi realizada ECT semanal.

A resposta terapêutica da paciente passou a ser avaliada em consultas ambulatoriais regulares com psiquiatra. A manutenção com ECT foi espaçada para sessões quinzenais e depois mensais, com o uso de pulsos ultrabreves para minimizar eventuais efeitos adversos cognitivos da técnica. Houve, então, *restitutio ad integrum*, sem a presença de qualquer tipo de alteração psicopatológica residual e tampouco de efeitos colaterais.



<sup>1</sup>Coordenador do Laboratório de Neuromodulação do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>2</sup>Médico psiquiatra assistente do Serviço de ECT do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>3</sup>Professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Diretor do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Membro da Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). <sup>4</sup>Professor instrutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Coordenador do Serviço de ECT do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Membro da Comissão de Estudos, Divulgação e Desestigmatização do ECT e Eletroestimulação da ABP.

O tratamento foi bem tolerado, e a paciente leva uma vida absolutamente normal (a ponto de surpreender positivamente e cumprimentar efusivamente um dos autores deste artigo, R.B.R., no metrô de São Paulo, recentemente, enquanto voltava, sozinha, do Parque do Ibirapuera e ia dar aulas de ioga).

### Discussão

No presente relato de caso, o uso da ECT foi efetivo para o manejo de sintomas depressivos graves em paciente refratária à psicofarmacoterapia. No entanto, vale lembrar que o uso da ECT tem algumas limitações. Sua aplicação requer anestesia e ambiente hospitalar, em sala apropriada; por conseguinte, profissionais especializados e aparelhos médicos adequados para o suporte avançado de vida. Outra importante questão é relativa aos efeitos colaterais cognitivos da técnica, que podem, no entanto, ser minimizados com o uso de parâmetros mais adequados para cada paciente. Além disso, vale ressaltar que a amnésia anterógrada, relativamente comum na ECT, é autolimitada e completamente reversível, segundo recente metanálise<sup>12</sup>. Ademais, o uso da ECT bifrontal e unilateral, com pulsos ultrabreves, tem se mostrado um importante avanço no sentido de dar conforto ao paciente, sem perda da efetividade terapêutica necessária.

A ECT, quando bem indicada, pode abreviar longos períodos de sofrimento desnecessário, sendo, no entanto, uma alternativa que tem sido deixada de lado em diversos casos graves. A falta de financiamento da ECT pelo Sistema Único de Saúde (SUS) federal certamente é um limitador bastante poderoso ao acesso da população a esse tratamento, que precisa contar com serviços universitários, filantrópicos ou privados<sup>13,14</sup>. Porém, a indisponibilidade de ECT nos serviços do SUS não deve retirar esse procedimento do arsenal terapêutico dos psiquiatras. Em que pese a imensa dificuldade de se conseguir ECT para nossos pacientes hoje no país, como médicos que somos, não podemos esquecer de realizar o raciocínio clínico apropriado, orientar nossos pacientes e suas famílias e indicar as melhores alternativas terapêuticas disponíveis para cada caso. Só assim poderemos pressionar e sensibilizar as autoridades e gestores públicos para os problemas enfrentados pelos nossos pacientes.

O tipo de caso ora apresentado mostra o risco de morte a que pacientes com transtornos mentais têm sido submetidos no Brasil. Tal situação vai ao encontro de um trabalho recentemente publicado pelo nosso grupo, mostrando o crescimento de mortes relacionadas a transtornos mentais no país<sup>15</sup>. O presente relato mostra, ainda, que a ECT, a despeito do alto grau de resposta terapêutica em casos graves de depressão e de sua segurança e

baixo nível de efeitos adversos, tem tido seu uso cada vez mais negligenciado em nosso meio, em grande parte por conta da falta de acesso à técnica nos serviços públicos de saúde, devido meramente a questões ideológicas<sup>16</sup>.

### Correspondência:

Quirino Cordeiro

Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Rua Major Maragliano, 241

CEP 04017-030 - São Paulo, SP

E-mail: qcordeiro@yahoo.com

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

### Referências

1. Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:249-60.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
3. Berlim MT, Turecki G. Definition, assessment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods. *Can J Psychiatry*. 2007;52:46-54.
4. McIntyre RS, Filteau MJ, Martin L, Patry S, Carvalho A, Cha DS, et al. Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *J Affect Disord*. 2014;156:1-7.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095-105.
7. Dentino AN, Pieper CF, Rao MK, Currie MS, Harris T, Blazer DG, et al. Association of interleukin-6 and other biologic variables with depression in older people living in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:6-11.
8. Sienaert P, Vansteelandt K, Demyttenaere K, Peuskens J.

# RELATO DE CASO

**PEDRO SHIOZAWA**  
**GERALDO TELES MACHADO NETTO**  
**QUIRINO CORDEIRO**  
**RAFAEL BERNARDON RIBEIRO**

# ARTIGO

Randomized comparison of ultra-brief bifrontal and unilateral electroconvulsive therapy for major depression: cognitive side-effects. *J Affect Disord.* 2010;122:60-7.

9. Alves M, Abreu PM. Eletroconvulsoterapia: eficácia, efeitos adversos, medidas de segurança, mecanismo de ação e complicações. *Rev Debates Psiquiatr.* 2012;2:14-20.

10. Berlim MT, Van den Eynde F, Daskalakis ZJ. Efficacy and acceptability of high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) versus electroconvulsive therapy (ECT) for major depression: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Depress Anxiety.* 2013;30:614-23.

11. Tess AV, Smetana GW. Medical evaluation of patients undergoing electroconvulsive therapy. *N Engl J Med.* 2009;360:1437-44.

12. Semkovska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychiatry.*

2010;68:568-77.

13. Ribeiro RB, Melzer-Ribeiro DL, Rigonatti SP, Cordeiro Q. Electroconvulsive therapy in Brazil after the "psychiatric reform": a public health problem--example from a university service. *J ECT.* 2012;28:170-3.

14. Ribeiro RB, Melzer-Ribeiro DL, Rigonatti SP, Cordeiro Q. Availability and public policies for electroconvulsive therapy in Brazil. *J ECT.* 2013;29:e69.

15. Ribeiro RB, Melzer-Ribeiro DL, Cordeiro Q. Morbidity and mortality due to mental disorders in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:217-8.

16. Shiozawa P, Brunoni A, Zanuto E, Cordeiro Q, Ribeiro RB. ECT de manutenção no tratamento de paciente idosa com depressão grave, refratária e recorrente: relato de caso. *Rev Debates Psiquiatr.* 2013;3:46-9.



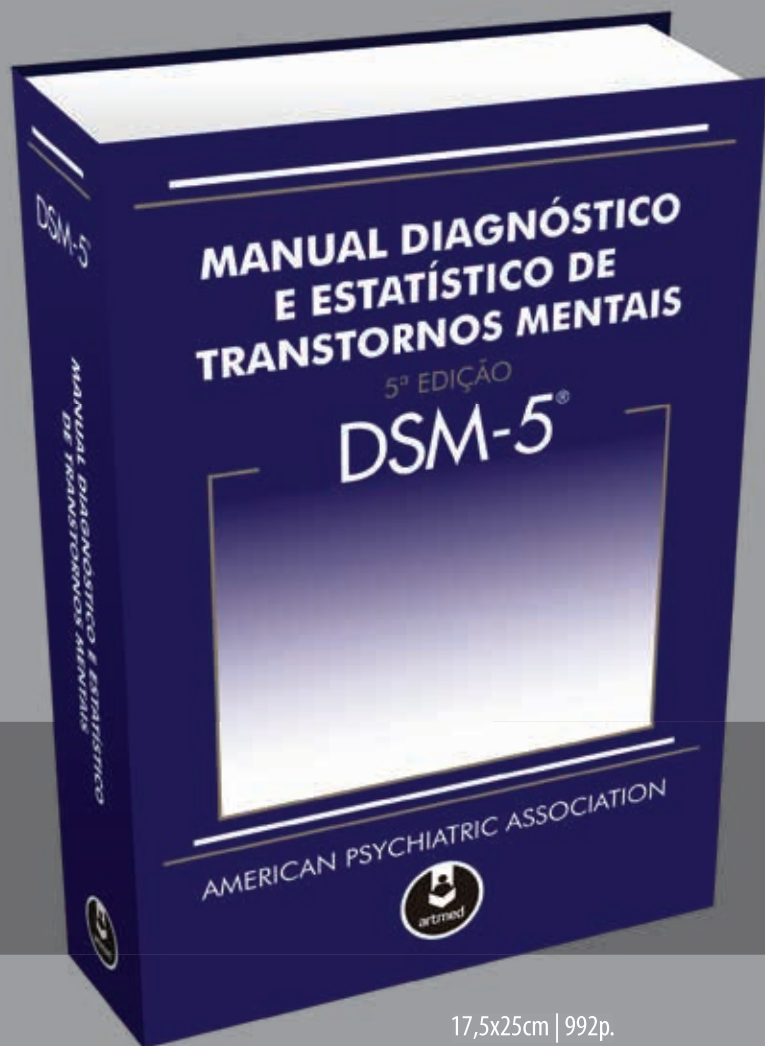
O BAIRRAL VIU O FUTURO.  
E CRIOU A NOVA VISÃO EM SAÚDE MENTAL.

O Bairral viu o futuro. E estendeu a via de acesso a ele criando o **TPDS**, o tratamento por perfil diagnóstico semelhante, considerado até hoje um salto quântico na eficácia do tratamento psiquiátrico. Agora, o Bairral está reinventando o futuro através da sua visão transdisciplinar e de sua multicompetência em Saúde Mental. É uma nova visão. Um aperfeiçoamento que integra serviços a avançados programas terapêuticos que vão além da atividade hospitalar. É o **BairralVision**, um projeto que disponibiliza soluções múltiplas voltadas exclusivamente para um único objetivo: o bem-estar mental. Saiba mais. Visite [www.bairral.com.br/vision](http://www.bairral.com.br/vision).



BEM-ESTAR MENTAL

# Lançamento!



17,5x25cm | 992p.

## A ARTMED

TRAZ O LIVRO SOBRE SAÚDE MENTAL  
MAIS ESPERADO DOS ÚLTIMOS ANOS

# DSM-5

Manual Diagnóstico e Estatístico  
de Transtornos Mentais - 5ª Edição

Totalmente reformulada, esta nova edição do **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**, resultado de mais de 10 anos de trabalho de especialistas de todo o mundo, traz o que há de mais atual em termos de classificação e diagnóstico na área da saúde mental, constituindo-se em recurso indispensável a estudantes, clínicos e pesquisadores.

**Lembre-se: Associado ABP  
tem 20% de desconto!**

Para acessar o desconto, compre  
pelo SAC 0800 703 3444 ou na página  
[www.grupoa.com.br/site/abp](http://www.grupoa.com.br/site/abp)

Conheça todo o catálogo em  
[www.grupoa.com.br](http://www.grupoa.com.br)



**ABP**  
Associação  
Brasileira de  
Psiquiatria



A Artmed é a editora  
oficial da ABP

**grupo a**  
› EDUCAÇÃO ‹

## ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA NA SÍNDROME DE TOURETTE

### DEEP BRAIN STIMULATION IN TOURETTE SYNDROME

#### Resumo

A síndrome de Tourette pode ser branda e nunca ser diagnosticada, e pode ser grave e refratária, necessitando de intervenção cirúrgica, situação que ocorre em uma minoria dos casos. Este artigo busca revisar a literatura sobre estimulação cerebral profunda nos casos refratários da síndrome de Tourette.

**Palavras-chave:** Tourette, estimulação cerebral profunda, tratamento, psicocirurgia.

#### Abstract

Tourette syndrome may be mild and never come to medical attention, or severe and refractory, requiring surgical treatment, a situation that occurs in only a small number of cases. This study reviews the medical literature on deep brain stimulation for refractory cases of Tourette syndrome.

**Keywords:** Tourette, deep brain stimulation, management, psychosurgery.

#### INTRODUÇÃO

Surpreende a quantidade de pessoas com síndrome de Tourette (ST) que expressam desejo de se submeter a cirurgia para aliviar os tiques. O termo cirurgia abarca diversos procedimentos, mas quando os leigos se referem à cirurgia dos tiques, em geral estão se referindo à estimulação cerebral profunda (ECP). Alguns relatos têm aparecido na mídia, em particular o caso de um esportista que fez a cirurgia e relata estar muito bem. Por um lado, é auspicioso que haja uma solução para casos graves de ST que não melhoram com os medicamentos. Por outro lado, deve-se levar em conta que um procedimento cirúrgico não é simples

nem miraculoso. Até 2009, 39 casos operados haviam sido relatados na literatura científica, 18 deles na Itália. Vale salientar que os casos publicados em geral são operados em centros de referência, ao passo que, provavelmente, a maioria dos casos no mundo inteiro deva ser operada em centros particulares, sem o conhecimento da comunidade científica. Em 2011, o número de casos publicados chegava a 63, sendo que em 59 deles houve benefício moderado ou grande. Em 2012, uma revisão da literatura<sup>1</sup> identificou 99 casos operados, mostrando que, a cada ano, o número de casos operados praticamente dobra. No entanto, esse número ainda é insignificante quando comparado com o número de casos operados para distonia ou Parkinson.

A ECP tem sido usada para o tratamento de tremores e distonia em adultos desde 1997. Mais de 50 mil pacientes foram tratados, de modo que o procedimento é agora padrão para os casos de tremor, Parkinson e distonias resistentes ao tratamento farmacológico. A ECP nas distonias tem sido usada tanto em adultos como em crianças, embora neste último grupo a experiência seja mais limitada.

Pensando na importância do tema e na indisponibilidade de artigos em português, revisamos a literatura científica sobre a ECP em ST, com enfoque em aspectos psiquiátricos. Para detalhes tecnológicos, recomendamos a leitura da excelente revisão de Saleh et al.<sup>2</sup>

A ECP pode ser uma solução para muitas pessoas, mas devemos alertar aqui que ela ainda é considerada experimental, já que a experiência com o tratamento é relativamente pequena até o momento. As opções de posicionamento de eletrodos são variadas, e ainda não se sabe qual a melhor para cada caso. Muitas pesquisas



Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Supervisora do Ambulatório de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

ainda são necessárias para determinar o melhor ponto de estimulação, a frequência mais adequada, se os eletrodos devem ser unilaterais ou bilaterais, etc. Finalmente, nem todos os pacientes operados ficam livres de medicamentos. Ou seja, não se trata de uma solução milagrosa ou definitiva.

### REVISÃO DA LITERATURA

A pesquisa foi realizada na base de dados PubMed, considerando artigos publicados no período de 1951 a julho de 2013, utilizando os termos Tourette syndrome e deep brain stimulation. Encontramos um total de 100 artigos, sendo que apenas uma minoria relatava casos de ST operados com ECP; muitos artigos eram revisões de literatura. O artigo mais antigo obtido na pesquisa datava de 2004, portanto temos apenas 10 anos de literatura sobre o assunto, a maioria relatos de casos. O tema é, pois, novo e pouco conhecido, daí porque a ECP para ST é considerada experimental.

Os primeiros relatos de cirurgias cerebrais para ST datam de 1955, com vários alvos, como o lobo frontal (lobotomia pré-frontal e leucotomia bimedial frontal), sistema límbico (leucotomia límbica e cingulotomia anterior), tálamo e cerebelo<sup>3</sup>. Os resultados foram insatisfatórios, e muitas vezes permaneceram sequelas, como distonias ou hemiplegia. De 1960 a 2003, foram descritos 65 casos (21 relatos de casos e três relatos em livros) de cirurgias ablativas para ST intratável.

Em 1999, começou-se a usar a ECP em ST. Os alvos testados até o momento foram núcleo talâmico centromediano e substância periventricular, globo pálido interno posteroventral, globo pálido interno ventromedial, globo pálido externo, braço anterior da cápsula interna e núcleo accumbens. Um único estudo avaliou a estimulação do núcleo subtalâmico.

#### *Estimulação exclusivamente talâmica*

Doze estudos relataram estimulação exclusiva do tálamo. De 1999 a 2004, houve três casos holandeses com lesão talâmica bilateral, com resultados satisfatórios<sup>4</sup>. Em 2007, Bajwa et al.<sup>5</sup> relataram um caso nos EUA com boa resposta à estimulação da parte medial do tálamo – núcleo centromediano, substância periventricular e núcleo ventro-oral interno. Maciunas et al.<sup>6</sup>, também nos EUA, relataram grande melhora em três de cinco casos com estimulação talâmica bilateral. Posteriormente, na Itália, mais 18 casos

estimulados nesse mesmo ponto foram publicados por Servello et al., com boa resposta<sup>7</sup>. No Japão, três casos tratados com ECP bilateral do complexo centromediano parafascicular (CM-Pf) do tálamo ventral foram relatados com sucesso<sup>8</sup>. Lee et al.<sup>9</sup>, na China, também relataram um caso com sucesso. Três outros casos norte-americanos tratados com a mesma técnica foram relatados por Savica et al.<sup>10</sup>, com redução de 70% dos tiques. Mais oito casos foram relatados por Idris et al. (um caso)<sup>11</sup>, Ackermans et al. (seis casos)<sup>12</sup> e Rzesnitzec et al. (um caso)<sup>13</sup>. Finalmente, um caso recebeu estimulação do núcleo talâmico dorsomedial e lamela medial<sup>14</sup>.

Os estudos acima totalizam 43 pacientes adultos operados (37 homens), que tinham em média 22 anos de evolução da doença e 31 anos de idade<sup>2</sup>. A média de melhora dos tiques foi de 58%, de acordo com a escala Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS).

A maioria dos estudos relata procedimentos feitos bilateralmente. Kuhn et al.<sup>15</sup> relataram os efeitos da estimulação talâmica unilateral, mais especificamente no complexo dos núcleos intraoral anterior, posterior e interno (núcleos ventral anterior e ventrolateral, de acordo com a classificação de Ilinsky & Kultas-Ilinsky<sup>16</sup>). Um dos casos foi operado do lado direito, o outro do lado esquerdo. Os dois pacientes tiveram uma grande melhora, de 100% no primeiro caso e de 100% nos tiques vocais e 75% nos tiques motores no segundo caso. Ambos tiveram como efeito colateral um déficit na fluência verbal. Os autores alegam que a estimulação unilateral pode produzir efeitos bilaterais.

#### *Estimulação exclusiva do globo pálido*

Cinco estudos relataram estimulação do globo pálido interno. Em 2005, Diederich et al.<sup>17</sup> relataram um caso em que houve 70% de redução dos tiques. Shahed et al.<sup>18</sup>, nos EUA, também relataram um caso de sucesso em um adolescente de 16 anos, com 84% de melhora nos tiques e 69% de melhora nos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC). Dehning et al.<sup>19</sup> relataram um caso com excelente resposta. Outro caso, de um rapaz com ST e retardo mental, também foi relatado por Dueck et al.<sup>20</sup>.

Martínez-Fernández et al.<sup>21</sup> relataram ter operado cinco pacientes. Dois pacientes foram estimulados na região posteroventral, dois outros na região anteromedial, e o último na região posterolateral, mas neste último caso os eletrodos

foram depois realocados para a região anteromedial. A resposta dos tiques foi modesta, com 54 e 37% de melhora, respectivamente, para os dois grupos. Cannon et al.<sup>22</sup>, na Austrália, operaram 11 casos com estimulação da parte interna do globo pálido anteromedial bilateral. A melhora média foi de 50%. Somente dois pacientes precisaram continuar a tomar medicamentos. Apenas um paciente não tolerou a cirurgia e descontinuou o tratamento. Efeitos colaterais foram relatados em cinco casos: problema no funcionamento do aparelho em três casos e extrema ansiedade em dois casos.

Apenas dois estudos relataram estimulação do globo pálido externo. O primeiro, brasileiro, de 2007<sup>23</sup>, relatou estimulação em um caso que apresentou redução de 81% dos tiques 2 anos após a cirurgia (bilateral). O outro, de Piedimonte et al.<sup>24</sup>, na Argentina, relatou um caso de sucesso na resposta da estimulação do globo pálido externo, mas que apresentou recaída após o esgotamento das baterias do marcapasso. Um último estudo não citou a localização utilizada do globo pálido<sup>25</sup>.

Os estudos acima totalizam 13 pacientes operados, dos quais 10 eram do sexo masculino (um dos estudos não informou o sexo do paciente). A média de idade dos pacientes foi de 30 anos, e a de duração da doença, 23 anos. A melhora dos tiques foi, em média, de 55% de acordo com a YGTSS.

### ***Estimulação da cápsula interna/núcleo accumbens***

Três estudos relataram estimulação simultânea da cápsula interna e do núcleo accumbens<sup>26-28</sup>; Kuhn et al.<sup>26</sup> relataram um caso com melhora de 41% nos tiques (YGTSS); Neuner et al.<sup>27</sup> relataram um caso com melhora de 44% nos tiques; e Burdick et al.<sup>28</sup> relataram um caso de piora nos tiques de acordo com a YGTSS, além de falta de resposta do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em um caso com TOC grave e ST leve.

Flaherty et al.<sup>29</sup> relataram um caso submetido a ECP do braço anterior da cápsula interna bilateral, em que houve melhora de 25% nos tiques. No entanto, essa paciente permaneceu com tiques de cabeça, e os eletrodos mudaram de posição, tendo ela sido operada novamente com os eletrodos colocados no núcleo centromediano do tálamo; a reoperação resultou em melhor resposta, de 32%<sup>30</sup>. Além da melhora nos tiques, o procedimento anterior levou a alterações de humor e de controle dos impulsos, o que não

ocorreu no segundo procedimento. Zabek et al.<sup>31</sup> relataram melhora de 82% nos tiques em um caso tratado com estimulação do núcleo accumbens direito.

Concluindo, os estudos de ECP nessa região são escassos e inconsistentes, e os que descrevem efeitos positivos têm resultados muito pouco expressivos, sugerindo que a estimulação nessa região não é tão eficaz quanto a estimulação talâmica.

### ***Estimulação múltipla: talâmica e/ou do globo pálido e/ou do núcleo accumbens e cápsula interna***

Houeto et al.<sup>32</sup> relataram um caso tratado com ECP bilateral de alta frequência no CM-Pf do tálamo, ou na parte interna do globo pálido (GPI), ou ambos. A estimulação de quaisquer pontos melhorou os tiques em 70%, além de reduzir coprolalia e comportamentos automutilatórios.

Ackermans et al.<sup>33</sup> relataram dois casos de ECP em ST refratário: um com estimulação talâmica bilateral (eletrodos implantados na parte medial do tálamo – núcleo centromediano, substância periventricular e núcleo ventro-oral interno); o outro com estimulação do pálido bilateral (eletrodos implantados na parte posteroventral do globo pálido interno). Os dois casos apresentaram excelente redução de tiques, com 85 e 92%, respectivamente.

Welter et al.<sup>34</sup> compararam a estimulação do CM-Pf bilateral do tálamo e da porção ventromedial do globo pálido em três pacientes, em momentos diferentes e com estimulação placebo. Os autores encontraram boa resposta com os dois procedimentos, de 65, 96 e 74% com estimulação do globo pálido, e 64, 30 e 40% com a estimulação talâmica. Quando a estimulação foi simultânea, a redução dos tiques foi semelhante (60, 43 e 76%), mas foi pior com a estimulação placebo.

Como já relatado, Shields et al.<sup>30</sup> relataram o reposicionamento dos eletrodos em uma paciente que já havia perdido a visão em um dos olhos devido a seus tiques e que respondera apenas parcialmente à ECP do braço anterior da cápsula interna bilateral. Com os violentos tiques de pescoço, os eletrodos foram danificados e trocados, optando-se por posicioná-los nos núcleos talâmicos centromedianos, desta vez com melhor resposta.

Servello et al.<sup>35</sup> reavaliaram os pacientes que haviam operado anteriormente<sup>7</sup> e submeteram aqueles que não haviam melhorado dos SOC com a estimulação do núcleo



Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Supervisora do Ambulatório de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

centromediano parafascicular-ventral-oral a dois novos procedimentos de ECP: braço anterior da cápsula interna mais núcleo centromediano parafascicular-ventral-oral, ou somente cápsula interna. Os dois casos reoperados tiveram leve melhora dos sintomas obsessivos.

Finalmente, Martinez-Torres et al.<sup>36</sup> publicaram um caso de melhora dos tiques em um paciente com 39 anos de idade que tinha Parkinson e tiques. Houve melhora dos tiques com estimulação do núcleo subtalâmico, que havia sido usada para tratar a doença de Parkinson.

#### **Estudos de seguimento**

Dois anos depois do procedimento talâmico relatado por Servello et al.<sup>7</sup>, Porta et al.<sup>37</sup> publicaram os dados evolutivos de 15 dos 18 pacientes operados. A maioria, além de continuar com melhora dos tiques, havia também melhorado dos SOC, de ansiedade e de depressão. Novamente em 2010, Servello et al.<sup>38</sup> relataram a evolução de 36 pacientes operados a partir de 2004, submetidos a 79 procedimentos (mais de um procedimento por paciente, dependendo da sintomatologia), dos quais 67 foram realizados na área talâmica intralaminar/ventral oral, dois no globo pálido posterior e 10 no núcleo accumbens. Não está claro, mas deduz-se que esses 36 pacientes incluem os 18 inicialmente operados. Seis dos procedimentos realizados no núcleo accumbens foram devido à persistência de sintomas comportamentais (embora os tiques tivessem melhorado) após procedimentos anteriores (dois talâmicos e um no globo pálido interno). Dois pacientes exigiram a retirada dos eletrodos e foram excluídos do acompanhamento de longo prazo. Todos os outros pacientes relataram melhora nas escalas de avaliação de tiques, sintomas obsessivos, depressão e integração social. Um relato de Porta et al.<sup>39</sup> descreve a evolução de 5 a 6 anos após o procedimento dos 18 pacientes inicialmente operados e relatados em Servello et al.<sup>7</sup>. Os pacientes permaneceram com redução da gravidade dos tiques (52%) e com melhora significativa dos sintomas obsessivos. Em geral, os pacientes requereram menos medicação para tiques.

Em 2010, Ackermans et al.<sup>40</sup> publicaram a evolução de dois dos três pacientes operados e relatados por Visser-Vanderwalle et al.<sup>4</sup>, após 6 e 10 anos de pós-operatório. Um dos casos manteve a melhora de 90% nos tiques. O segundo caso teve um leve decréscimo da melhora (de 92 para 78%) e desenvolveu um problema de aprendizado e fluência da

fala, além de ter ficado mais agressivo e com problemas de adaptação social.

#### **Efeitos colaterais/complicações da cirurgia**

As reações adversas podem ocorrer no período pós-operatório imediato ou mais tardiamente. Muitos artigos não comentam sobre a presença ou ausência de complicações ou efeitos colaterais, e alguns são explícitos em dizer que não os houve<sup>4,5,14,15,19,20,29,31,41</sup>. No período pós-operatório, foram descritos hematoma ao redor do eletrodo<sup>17</sup>, humor depressivo, náusea, fadiga, ansiedade<sup>17,19-21</sup>, visão borrada e sensação de vertigem transitórias<sup>7,8</sup>. Flaherty et al.<sup>29</sup> relataram apatia, depressão e hipomania. Ackermans et al.<sup>33</sup> relataram baixa energia e baixa libido, que persistia por 1 ano após a cirurgia.

Efeitos colaterais tardios também foram relatados, como bradicinesia na pronação e supinação das extremidades esquerdas, causada por hemorragia no lado cerebral direito<sup>17</sup>. Foram relatados também redução da libido, deterioração do humor<sup>4,5</sup>, desconforto abdominal e desvio do olhar para cima<sup>7</sup>.

Ackermans et al.<sup>12</sup> relataram que, em avaliação cognitiva realizada 1 ano após a cirurgia (estimulação do núcleo centromedial, substância periventricular e núcleo ventro-oral), os pacientes apresentavam alteração na atenção seletiva e na inibição de resposta medida por teste neuropsicológico. Outros eventos adversos sérios incluíram hemorragia ventral na ponta do eletrodo, infecção no local de implante do gerador de pulso, distúrbio visual subjetivo e redução de energia em todos os pacientes. Essa redução de energia pode ser em parte responsável pela obesidade frequentemente reportada em pacientes submetidos a esse procedimento para várias indicações.

Complicações infecciosas parecem ser mais frequentes em pacientes com ST do que em outros transtornos do movimento, de acordo com uma revisão feita por Servello et al.<sup>42</sup> na qual foram revisados 272 pacientes, sendo 39 com ST operados com ECP. Infecção do estimulador que obrigou sua retirada também foi relatada por Gallagher et al.<sup>25</sup>.

Kuhn et al.<sup>15</sup> relataram um episódio maníaco como efeito colateral de estimulação da cápsula interna e núcleo accumbens. Goethals et al.<sup>43</sup> relataram um caso de dissociação durante estimulação talâmica direita. Idris et al.<sup>11</sup> relataram um caso de hematomas intracerebrais após ECP

# ARTIGO DE REVISÃO

**ANA G. HOUNIE**

# REVISÃO

em um paciente com ST que possuía uma discrasia sanguínea (distúrbio do fator XIIIa).

Maciunas et al.<sup>6</sup> também relataram grande melhora em três de cinco casos tratados com estimulação talâmica bilateral. Embora esse alvo tenha sido relatado com sucesso, houve retorno dos tiques e psicose aguda; outro estudo relatou paralisia do olhar vertical devido a hemorragia após o procedimento<sup>44</sup>. Ainda outro caso relatou hipertonia de membro inferior, posteriormente opistótono, confusão mental e mutismo, seguidos de óbito<sup>45</sup>. Finalmente, há um relato de episódio semelhante a mania após ECP de núcleo accumbens e cápsula interna em um paciente com ST<sup>46</sup>.

## CONCLUSÃO

A ECP tem sido exitosa na melhora dos tiques, com uma taxa média de redução de 60%. No entanto, alguns estudos relatam inconsistência entre a opinião dos médicos e a dos pacientes. Existem vários relatos de sequelas, complicações infecciosas e, em alguns casos, desistência do procedimento, com a retirada dos eletrodos. A maioria dos relatos é de casos ou séries de casos. Faltam estudos com maiores amostras, duplo-cegos, aleatorizados e com longos períodos de seguimento. A maioria dos pacientes continua necessitando de medicamentos após o procedimento. Ainda não há consenso sobre a escolha de pacientes ideais para cada tipo de procedimento, ou sobre o alvo a ser estimulado dependendo do tipo de sintoma apresentado. O sucesso do procedimento depende da experiência de uma equipe multidisciplinar, que inclui neurocirurgião, psiquiatra e psicólogo.

Por outro lado, a ST é uma condição complexa e com muitas comorbidades, como transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (THDA), TOC, comportamentos automutilatórios, depressão e ansiedade. Embora a ECP pareça promissora, estamos ainda no início do seu conhecimento na ST, e mais estudos são necessários. Os critérios de inclusão, ou seja, quando devemos considerar um paciente refratário ao tratamento medicamentoso como candidato à ECP, também precisam ainda ser bem estabelecidos, para que não se operem pacientes sem necessidade.

A cirurgia ainda é considerada experimental e não é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, há clínicas particulares que a oferecem, mas na ausência de protocolos claros de indicação cirúrgica e dada a ausência de relatos formais (em publicações científicas), não sabemos

quais procedimentos estão sendo feitos, nem qual grau de resposta está sendo obtido. Assim, no Brasil, os pacientes carecem de informação segura sobre o procedimento, suas taxas de sucesso e prognóstico.

## Correspondência:

Ana G Hounie  
Rua Itapicuru 369, cj 1505, Perdizes  
CEP 05006-000 - São Paulo, SP  
E-mail: ana.hounie@gmail.com

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

## Referências

1. Piedad JC, Rickards HE, Cavanna AE. What patients with Gilles de la Tourette syndrome should be treated with deep brain stimulation and what is the best target? *Neurosurgery*. 2012;71:173-92.
2. Saleh C, Gonzalez V, Cif L, Coubes P. Deep brain stimulation of the globus pallidus internus and Gilles de la Tourette syndrome: Toward multiple networks modulation. *Surg Neurol Int*. 2012;3:S127-42.
3. Temel Y, Visser-Vandewalle V. Surgery in Tourette syndrome. *Mov Disord*. 2004;19:3-14.
4. Visser-Vandewalle V, Temel Y, Boon P, Vreeling F, Colle H, Hoogland G, et al. Chronic bilateral thalamic stimulation: a new therapeutic approach in intractable Tourette syndrome. Report of three cases. *J Neurosurg*. 2003;99:1094-100.
5. Bajwa RJ, de Lotbinière AJ, King RA, Jabbari B, Quatrano S, Kunze K, et al. Deep brain stimulation in Tourette's syndrome. *Mov Disord*. 2007;22:1346-50.
6. Maciunas RJ, Maddux BN, Riley DE, Whitney CM, Schoenberg MR, Ogrocki PJ, et al. Prospective randomized double-blind trial of bilateral thalamic deep brain stimulation in adults with Tourette syndrome. *J Neurosurg*. 2007;107:1004-14.
7. Servello D, Porta M, Sassi M, Brambilla A, Robertson MM. Deep brain stimulation in 18 patients with severe Gilles de la Tourette syndrome refractory to treatment: the surgery and stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;79:136-42.
8. Kaido T, Otsuki T, Kaneko Y, Takahashi A, Omori M, Okamoto T. Deep brain stimulation for Tourette syndrome: a prospective pilot study in Japan. *Neuromodulation*. 2011;14:123-8.



Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Supervisora do Ambulatório de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

- <sup>9</sup>. Lee MW, Au-Yeung MM, Hung KN, Wong CK. Deep brain stimulation in a Chinese Tourette's syndrome patient. *Hong Kong Med J*. 2011;17:147-50.
- <sup>10</sup>. Savica R, Stead M, Mack KJ, Lee KH, Klassen BT. Deep brain stimulation in tourette syndrome: a description of 3 patients with excellent outcome. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:59-62.
- <sup>11</sup>. Idris Z, Ghani AR, Mar W, Bhaskar S, Wan Hassan WN, Tharakan J, et al. Intracerebral haematomas after deep brain stimulation surgery in a patient with Tourette syndrome and low factor XIIIa activity. *J Clin Neurosci*. 2010;17:1343-4.
- <sup>12</sup>. Ackermans L, Duits A, van der Linden C, Tijssen M, Schruers K, Temel Y, et al. Double-blind clinical trial of thalamic stimulation in patients with Tourette syndrome. *Brain*. 2011;134:832-44.
- <sup>13</sup>. Rzesnitzek L, Wächter T, Krüger R, Gharabaghi A, Plewnia C. Suppression of extrapyramidal side effects of doxepin by thalamic deep brain stimulation for Tourette syndrome. *Neurology*. 2011;77:1708-9.
- <sup>14</sup>. Vernaleken I, Kuhn J, Lenartz D, Raptis M, Huff W, Janouschek H, et al. Bithalamic deep brain stimulation in tourette syndrome is associated with reduction in dopaminergic transmission. *Biol Psychiatry*. 2009;66:e15-7.
- <sup>15</sup>. Kuhn J, Bartsch C, Lenartz D, Huys D, Daumann J, Woopen C, et al. Clinical effectiveness of unilateral deep brain stimulation in Tourette syndrome. *Transl Psychiatry*. 2011;1:e52.
- <sup>16</sup>. Ilinsky IA, Kultas-Ilinsky K. Motor thalamic circuits in primates with emphasis on the area targeted in treatment of movement disorders. *Mov Disord*. 2002;17:9-14.
- <sup>17</sup>. Diederich NJ, Kalteis K, Stamenkovic M, Pieri V, Alesch F. Efficient internal pallidal stimulation in Gilles de la Tourette syndrome: a case report. *Mov Disord*. 2005;20:1496-9.
- <sup>18</sup>. Shahed J, Poysky J, Kenney C, Simpson R, Jankovic J. GPI deep brain stimulation for Tourette syndrome improves tics and psychiatric comorbidities. *Neurology*. 2007;68:159-60.
- <sup>19</sup>. Dehning S, Mehrkens JH, Müller N, Bötzel K. Therapy-refractory Tourette syndrome: beneficial outcome with globus pallidus internus deep brain stimulation. *Mov Disord*. 2008;23:1300-2.
- <sup>20</sup>. Dueck A, Wolters A, Wunsch K, Bohne-Suraj S, Mueller JU, Haessler F, et al. Deep brain stimulation of globus pallidus internus in a 16-year-old boy with severetourette syndrome and mental retardation. *Neuropediatrics*. 2009;40:239-42.
- <sup>21</sup>. Martínez-Fernández R, Zrinzo L, Aviles-Olmos I, Hariz M, Martínez-Torres I, Joyce E, et al. Deep brain stimulation for Gilles de la Tourette syndrome: a case series targeting subregions of the globus pallidus internus. *Mov Disord*. 2011;26:1922-30.
- <sup>22</sup>. Cannon E, Silburn P, Coyne T, O'Maley K, Crawford JD, Sachdev PS. Deep brain stimulation of anteromedial globus pallidus interna for severe Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*. 2012;169:860-6.
- <sup>23</sup>. Vilela Filho O, Ragazzo PC, Silva DJ, Souza JT, Oliveira PM, Ribeiro TMC. Bilateral globus pallidus externus deep brain stimulation (GPe-DBS) for the treatment of Tourette syndrome: an ongoing prospective controlled study. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2007;85:42-3.
- <sup>24</sup>. Piedimonte F, Andreani JC, Piedimonte L, Graff P, Bacaro V, Micheli F, et al. Behavioral and motor improvement after deep brain stimulation of the globus pallidus externus in a case of Tourette's syndrome. *Neuromodulation*. 2013;16:55-8; discussion 58.
- <sup>25</sup>. Gallagher CL, Garell PC, Montgomery EB Jr. Hemi tics and deep brain stimulation. *Neurology*. 2006;66:E12.
- <sup>26</sup>. Kuhn J, Lenartz D, Mai JK, Huff W, Lee SH, Koulousakis A, et al. Deep brain stimulation of the nucleus accumbens and the internal capsule in therapeutically refractory Tourette-syndrome. *J Neurol*. 2007;254:963-5.
- <sup>27</sup>. Neuner I, Podoll K, Lenartz D, Sturm V, Schneider F. Deep brain stimulation in the nucleus accumbens for intractable Tourette's syndrome: follow-up report of 36 months. *Biol Psychiatry*. 2009;65:e5-6.
- <sup>28</sup>. Burdick A, Foote KD, Goodman W, Ward HE, Ricciuti N, Murphy T, et al. Lack of benefit of accumbens/capsular deep brain stimulation in a patient with both tics and obsessive-compulsive disorder. *Neurocase*. 2010;16:321-30.
- <sup>29</sup>. Flaherty AW, Williams ZM, Amirnovin R, Kasper E, Rauch SL, Cosgrove GR, et al. Deep brain stimulation of the anterior internal capsule for the treatment of Tourette syndrome: technical case report. *Neurosurgery*. 2005;57:E403; discussion E403.
- <sup>30</sup>. Shields DC, Cheng ML, Flaherty AW, Gale JT, Eskandar EN. Microelectrode-guided deep brain stimulation for Tourette syndrome: within-subject comparison of different stimulation sites. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2008;86:87-91.
- <sup>31</sup>. Zabek M, Sobstyl M, Koziara H, Dzierzecki S. Deep brain stimulation of the right nucleus accumbens in a patient

with Tourette syndrome. Case report. *Neurol Neurochir Pol.* 2008;42:554-9.

<sup>32.</sup> Houeto JL, Karachi C, Mallet L, Pillon B, Yelnik J, Mesnage V, et al. Tourette's syndrome and deep brain stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005;76:992-5.

<sup>33.</sup> Ackermans L, Temel Y, Cath D, van der Linden C, Bruggeman R, Kleijer M, et al. Deep brain stimulation in Tourette's syndrome: two targets? *Mov Disord.* 2006;21:709-13.

<sup>34.</sup> Welter ML, Mallet L, Houeto JL, Karachi C, Czernecki V, Cornu P, et al. Internal pallidal and thalamic stimulation in patients with Tourette syndrome. *Arch Neurol.* 2008;65:952-7.

<sup>35.</sup> Servello D, Sassi M, Brambilla A, Porta M, Haq I, Foote KD, et al. De novo and rescue DBS leads for refractory Tourette syndrome patients with severe comorbid OCD: a multiple case report. *J Neurol.* 2009;256:1533-9.

<sup>36.</sup> Martinez-Torres I, Hariz MI, Zrinzo L, Foltynie T, Limousin P. Improvement of tics after subthalamic nucleus deep brain stimulation. *Neurology.* 2009;72:1787-9.

<sup>37.</sup> Porta M, Brambilla A, Cavanna AE, Servello D, Sassi M, Rickards H, et al. Thalamic deep brain stimulation for treatment-refractory Tourette syndrome: two-year outcome. *Neurology.* 2009;73:1375-80.

<sup>38.</sup> Servello D, Sassi M, Brambilla A, Defendi S, Porta M. Long-term, post-deep brain stimulation management of a series of 36 patients affected with refractory Gilles de la Tourette syndrome. *Neuromodulation.* 2010;13:187-94.

<sup>39.</sup> Porta M, Servello D, Zanaboni C, Anasetti F, Menghetti C, Sassi M, et al. Deep brain stimulation for treatment of refractory Tourette syndrome: long-term follow-up. *Acta Neurochir (Wien).* 2012;154:2029-41.

<sup>40.</sup> Ackermans L, Duits A, Temel Y, Winogrodzka A, Peeters F, Beuls EA, et al. Long-term outcome of thalamic deep brain stimulation in two patients with Tourette syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2010;81:1068-72.

<sup>41.</sup> Vandewalle V, van der Linden C, Groenewegen HJ, Caemaert J. Stereotactic treatment of Gilles de la Tourette syndrome by high frequency stimulation of thalamus. *Lancet.* 1999;353:724.

<sup>42.</sup> Servello D, Sassi M, Gaeta M, Ricci C, Porta M. Tourette syndrome (TS) bears a higher rate of inflammatory complications at the implanted hardware in deep brain stimulation (DBS). *Acta Neurochir (Wien).* 2011;153:629-32.

<sup>43.</sup> Goethals I, Jacobs F, Van der Linden C, Caemaert J,

Audenaert K. Brain activation associated with deep brain stimulation causing dissociation in a patient with Tourette's syndrome. *J Trauma Dissociation.* 2008;9:543-9.

<sup>44.</sup> Ackermans L, Temel Y, Bauer NJ, Visser-Vandewalle V, Dutch-Flemish Tourette Surgery Study Group. Vertical gaze palsy after thalamic stimulation for Tourette syndrome: case report. *Neurosurgery.* 2007;61:E1100; discussion E1100.

<sup>45.</sup> Duits A, Ackermans L, Cath D, Visser-Vandewalle V. Unfavourable outcome of deep brain stimulation in a Tourette patient with severe comorbidity. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21:529-31.

<sup>46.</sup> Kuhn J, Lenartz D, Huff W, Mai JK, Koulousakis A, Maarouf M, et al. Transient manic-like episode following bilateral deep brain stimulation of the nucleus accumbens and the internal capsule in a patient with Tourette syndrome. *Neuromodulation.* 2008;11:128-31.

## ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO DOENTE MENTAL EM HOSPITAL GERAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA (GO), BRASIL

### ANALYSIS OF THE NURSING ASSISTANCE TO THE MENTALLY ILL AT A GENERAL HOSPITAL IN THE METROPOLITAN REGION OF GOIÂNIA (STATE OF GOIÁS), BRAZIL

#### Resumo

O objetivo desta pesquisa é considerar os direitos dispostos pela Lei 10.216/2001 para o atendimento de pacientes portadores de doença mental residentes em Trindade (GO) e nas cidades circunvizinhas que buscam atendimento clínico, cirúrgico e/ou emergencial no Hospital de Urgências de Trindade (GO) (HUTRIN). Com base na lei supracitada, a instituição pesquisada assume o dever de prestar o atendimento necessário a essa população específica, mesmo que não disponha de uma ala psiquiátrica. Este estudo discute a importância da capacitação da equipe de enfermagem do hospital para as ações de tratamento digno e previsto em lei no atendimento de pacientes com doença mental, o exercício dos direitos dos mesmos e as falhas das políticas de saúde pública e da instituição.

**Palavras-chave:** Assistência de enfermagem, doente mental, hospital de urgências.

#### Abstract

The objective of this article is to comment on the rights granted by Law 10,216/2001 regarding the assistance provided to patients with mental illnesses living in the municipality of Trindade (state of Goiás) and in surrounding towns who seek clinical, surgical, and/or emergency care at Hospital de Urgências de Trindade (GO) (HUTRIN). Based on the

above-mentioned law, the institution assessed is committed to meeting the health care needs of this specific population, even though a psychiatric ward is not available at the hospital. This study discusses the importance of training the nursing team of the hospital to ensure delivery of dignified, decent assistance, as prescribed by law, to patients with mental illnesses, the exercise of their rights, and the failures of public health policies and local institutions.

**Keywords:** Nursing assistance, mentally ill, urgency hospital.

#### INTRODUÇÃO

*Como chegou nossa cultura a dar à doença o sentido do desvio e ao doente um status que o exclui? (Michel Foucault)*

A reorientação do tratamento psiquiátrico no Brasil é um movimento de caráter político, social e econômico<sup>1</sup>. Sua principal vertente é a desinstitucionalização e a desconstrução dos paradigmas que sustentam o modelo hospitalocêntrico, substituindo, com isso, as práticas psiquiátricas por cuidados na comunidade. A questão crucial desse processo seria uma progressiva devolução da responsabilidade sobre o doente mental e seus conflitos para a comunidade<sup>1</sup>.

Esse processo objetiva a melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria, expandindo a assistência



**WANESSA FERREIRA DA SILVA<sup>1</sup>**  
**ROBERTH ANTHUNES MARQUES CABRAL<sup>1</sup>**  
**LETÍCIA XAVIER FARIA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Enfermeiro(a) pela Faculdade União de Goyazes, Trindade, GO. <sup>2</sup> Enfermeira, Especialista em Auditoria em Sistema de Saúde da Faculdade União de Goyazes, Trindade, GO.

extra-hospitalar<sup>2</sup>. Observa-se, assim, o surgimento dos serviços residenciais terapêuticos, residências terapêuticas, lares abrigados ou moradias, além da ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de saúde mental.

Nesse cenário, os hospitais gerais, como se demonstrará a seguir, são a maior fonte de debate e discussão, por serem a via de acesso mais rápida e iminente dos portadores de doença mental ao sistema de saúde. Por isso, esta pesquisa foi direcionada a essa modalidade de serviço.

Em 1987, deu-se a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como tema principal a cidadania e a doença mental. Um dos pontos propostos foi que a emergência psiquiátrica funcionasse dentro de hospitais gerais<sup>3</sup>. Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se reuniu para discutir a atenção à saúde mental, e o resultado foi a Declaração de Caracas<sup>3</sup>. Um dos pontos principais da declaração impõe que as internações psiquiátricas sejam feitas em hospitais gerais.

Em 1991, a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), através da Portaria Ministerial 189, de 19 de novembro de 1991, considera a necessidade de melhorar a qualidade da atenção prestada aos portadores de transtornos mentais e estabelece incentivos financeiros, aprovando a inclusão de grupos de procedimentos na área de saúde mental na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)<sup>4</sup>. Entre outros serviços assistenciais incluídos na tabela estão o tratamento ambulatorial e os tratamentos psiquiátricos em hospitais gerais. O SIH-SUS processa as informações sobre os serviços prestados pelo SUS para a efetuação do pagamento dos mesmos<sup>5</sup>.

Faz parte do processo de reestruturação da assistência hospitalar em psiquiatria a integração e articulação entre o campo de saúde mental e os hospitais gerais, para que estes últimos promovam o cuidado aos casos clínicos onde o componente da saúde mental é relevante<sup>6</sup>. Sancionada a Lei 10.216, no dia 6 de abril de 2001, ficou instituído no inciso I do parágrafo único do Art. 2º que o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde de acordo com as necessidades do paciente com doença mental se torna um direito previsto na legislação vigente a partir de então<sup>7</sup>. Assim, torna-se necessário que os hospitais gerais atendam os doentes mentais em suas diferentes necessidades de assistência. Além disso, o Art. 4º estabelece a indicação de

internação apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes; e, dada a necessidade da internação, está vetada a internação em unidades asilares, desprovidas de recursos multiprofissionais<sup>7</sup>. Tais definições visam à reinserção do doente mental na sociedade.

Para que essa progressiva reinserção aconteça de fato, é necessário haver entrosamento entre os diferentes níveis da atenção, visto que cada pessoa precisa de cuidados nesses diferentes níveis, de acordo com sua singularidade<sup>8</sup>. Sendo assim, é necessário que as instituições estejam preparadas profissionalmente. É preciso assistir o paciente num *continuum*, atendendo-o conforme suas necessidades. Quanto aos enfermeiros, estes devem se capacitar para atender aos diferentes serviços, desempenhando seu papel competente e habilmente firmado pelo conhecimento<sup>9</sup>.

Refletindo sobre essa afirmação e sobre a hipótese de conhecimento específico em saúde mental deficitário e/ou inexistente pela equipe de enfermagem do Hospital de Urgências de Trindade (HUTRIN), deu-se a escolha do local e tema desta pesquisa. Atualmente, Trindade (GO) possui uma população de 113 mil habitantes<sup>10</sup> e um hospital geral<sup>11</sup>, o HUTRIN, que atende também as cidades circunvizinhas. Com isso, entende-se que os portadores de doença mental procuram esta unidade de saúde quando se encontram em crises psiquiátricas ou epiléticas, têm alterações no quadro clínico ou necessitam de atendimentos ambulatoriais e de emergência.

O objetivo deste estudo foi investigar se há ou já houve capacitações e/ou atualizações em psiquiatria para a equipe de profissionais de enfermagem da instituição pesquisada, a fim de que possam garantir a esses pacientes condições dignas e humanizadas de atendimento (lembrando que, no Art. 2º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saúde é caracterizada como um direito fundamental do ser humano<sup>12</sup>, sem excluir o portador de doença mental do seu direito de desfrutar dos serviços públicos de saúde). Objetivou-se, portanto, avaliar o quanto estão sendo cumpridos os direitos resguardados na Lei 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Buscou-se, assim, visualizar a realidade vivida pelo portador de doença mental que depende do serviço público de saúde oferecido no município de Trindade (GO).

Um objetivo paralelo foi também interrogar quanto à reação, satisfação, empenho, paciência, práticas e habilidades da equipe de enfermagem na prestação de assistência aos pacientes portadores de doença mental que buscam a unidade. Procurou-se investigar as posturas adotadas pelos pesquisados em relação ao portador de doença mental e o seu conhecimento da importância dos processos de educação continuada, capacitações periódicas e seleção de pessoal especializado, bem como da legislação vigente e da necessidade de reavaliação e capacitação para adequação à assistência humanizada de acordo com as necessidades e direitos desses pacientes previstos em lei.

De um modo geral, a pesquisa objetivou fornecer conhecimentos que possibilitem identificar as falhas profissionais, institucionais e políticas que atrapalham alavancar a efetivação dos direitos desses pacientes previstos nas leis mencionadas. Acredita-se que os achados aqui descritos possam servir futuramente de base e impulso para melhorias no sentido de capacitação profissional e atualizações, e também no âmbito estrutural, assegurando-lhes espaço físico adequado às suas necessidades e limitações, conforme Portaria Ministerial 224/1992, que nomina "leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral"<sup>13</sup>. Tais melhorias permitirão que esses pacientes sejam valorizados em sua dignidade, façam uso de seus direitos e desfrutem de um atendimento especializado e humanizado dentro dos hospitais gerais. Propõe-se, assim, a transformação da prática, a consciência do tratamento digno e da importância de perceber o paciente como ser holístico, através de um modelo que assegure a dignidade na assistência e preserve os direitos do cidadão com doença mental.

#### MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal exploratório (definido como aquele em que o pesquisador utiliza uma amostra da população e conta os elementos que caem em cada categoria<sup>14</sup>), através de aplicação de questionário elaborado pelos pesquisadores contendo 18 questões objetivas e discursivas. A aplicação dos questionários aconteceu no HUTRIN no mês de setembro de 2013, com o deferimento do Secretário Municipal de Saúde, da Coordenadora Geral da Equipe de Enfermagem da instituição pesquisada (protocolo nº 06) e da Comissão de Ética da Faculdade União de Goyazes (protocolo nº 048/2013-1).

Foram voluntários da pesquisa dois auxiliares de

enfermagem, 17 técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros assistenciais, devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN-GO), que aceitaram participar da pesquisa através de assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Essa amostra (total de 23 respondentes) compõe 57% do total de profissionais que atuam na assistência no hospital. Os demais 43% não se dispuseram a participar.

Considerando que ainda não foi implantado um modelo de rede no município e, por isso, o atendimento ao doente mental se finca apenas em um hospital geral e nos CAPS, toda a responsabilidade assistencial recai sobre estes (modelo insatisfatório). Com essa premissa iniciou-se a coleta de dados. Os dados obtidos foram tabulados sob a forma de gráficos e analisados de acordo com a literatura sobre saúde mental e assistência de enfermagem.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma exposição ordenada, optou-se por dividir o assunto assistência de enfermagem ao doente mental em cinco temas distintos e importantes para debate. Seguindo esta ordem, a discussão das 18 questões propostas no questionário de pesquisa foram abordadas de modo associativo ou separadamente em cada área de conhecimento, de acordo com o contexto e a necessidade de ênfase e discussão, permitindo, assim, que a apresentação dos resultados fosse mais significativa. Estes cinco temas estão dispostos a seguir, apresentando resultados gráficos, análise e discussão.

#### Conhecimento científico

Quanto ao conhecimento em saúde mental e psiquiatria, três questões abordaram o aprendizado durante a formação, após a formação e aquele oferecido por instituições de trabalho. Os resultados são apresentados na Figura 1.

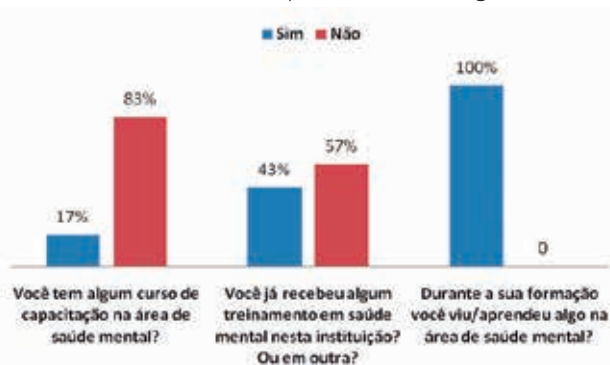


Figura 1. Conhecimento científico



<sup>1</sup> Enfermeiro(a) pela Faculdade União de Goyazes, Trindade, GO. <sup>2</sup> Enfermeira, Especialista em Auditoria em Sistema de Saúde da Faculdade União de Goyazes, Trindade, GO.

Conforme fixado pelo Conselho Federal de Educação em 10 de dezembro de 1962, em que o ensino da enfermagem psiquiátrica passa a ter caráter teórico e prático no currículo básico de enfermagem<sup>8</sup>, observa-se que há o cumprimento pelos colégios e faculdades de enfermagem onde os voluntários de pesquisa se formaram, pois houve unanimidade quanto ao aprendizado durante sua formação profissional. Por outro lado, menos da metade recebeu treinamento na instituição pesquisada ou outra em que já trabalhou, e apenas 17% procuraram se capacitar nessa área.

O enfermeiro precisa se capacitar para atender os diferentes serviços e desempenhar seu papel de forma competente e hábil, baseado em conhecimento<sup>9</sup>. Considerando que os conhecimentos nessa área são de suma importância para o atendimento aos doentes mentais, é preocupante que apenas uma minoria de 17% procure esse conhecimento.

### Conhecimento específico

Quanto a conhecimentos específicos de saúde mental e psiquiatria, foram realizadas três questões confrontando a teoria e a prática, já que 100% dos entrevistados aprenderam sobre saúde mental na formação (Figura 2).

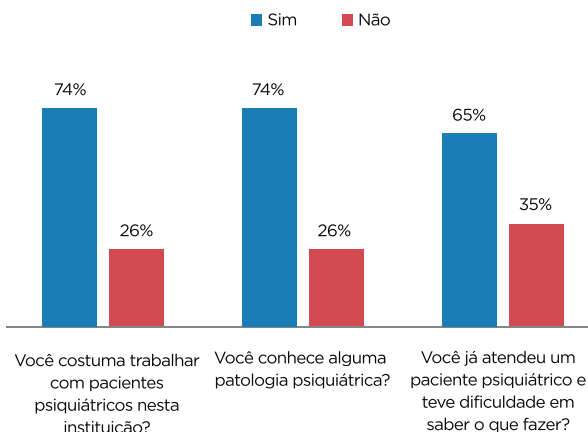


Figura 2. Conhecimento específico

É possível observar que 74% dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência da instituição pesquisada dizem trabalhar com pacientes psiquiátricos/portadores de doença mental, ao passo que 26% o negam. Na questão seguinte, observa-se que 26% não conhecem nenhuma patologia psiquiátrica, o que poderia explicar o desconhecimento ao trabalhar com esses pacientes. O comportamento decorrente do transtorno mental é característico: conhecendo-se as patologias, conhecem-se também os sintomas.

É necessário que todos os profissionais da saúde em geral recebam formação quanto às aptidões essenciais dos cuidados em saúde mental<sup>15</sup>. A falta dessas aptidões poderia explicar a dificuldade de 65% dos profissionais em atender pacientes com transtornos psiquiátricos, visto que a Figura 1 demonstra a obtenção de conhecimento por apenas 43% dos profissionais. A educação continuada oferecida pelas instituições de trabalho poderia atualizar os conhecimentos dos profissionais, permitindo que os mesmos desenvolvessem essas aptidões.

É importante que a equipe de enfermagem tome conhecimento das doenças mentais para que possa fazer a sua parte no tratamento do paciente com doença mental<sup>3</sup>. Vale notar que 74% dos profissionais declararam conhecer alguma patologia psiquiátrica. Outra questão questionou os respondentes sobre quais seriam essas patologias conhecidas (Figura 3).

### Quais as patologias psiquiátricas que você conhece?

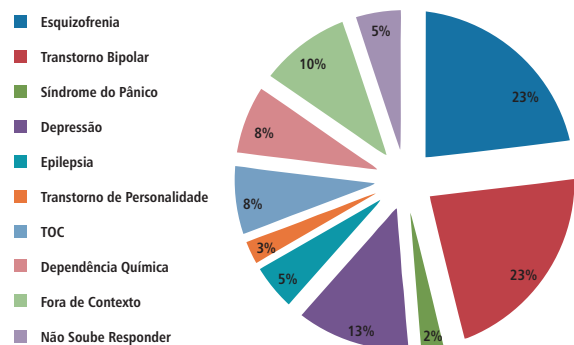


Figura 3. Conhecimento de patologias psiquiátricas

É papel do enfermeiro buscar conhecimento para cuidar de pacientes que manifestam comportamento decorrente de transtorno mental<sup>9</sup>.

Para esta questão, nota-se que 23% dos voluntários indicaram conhecer esquizofrenia e transtorno bipolar, as principais doenças mentais da atualidade. Outra doença bem conhecida foi a depressão, com 13%. Preocupa observar que, mesmo dizendo conhecer alguma patologia psiquiátrica, 5% dos voluntários não souberam citar patologias.

### Conhecimento de legislação

Quanto ao conhecimento da lei vigente acerca da saúde mental e dos doentes mentais, duas questões abordaram o domínio da Lei 10.216/2001, que ampara o doente. Foram obtidas as respostas indicadas na Figura 4.

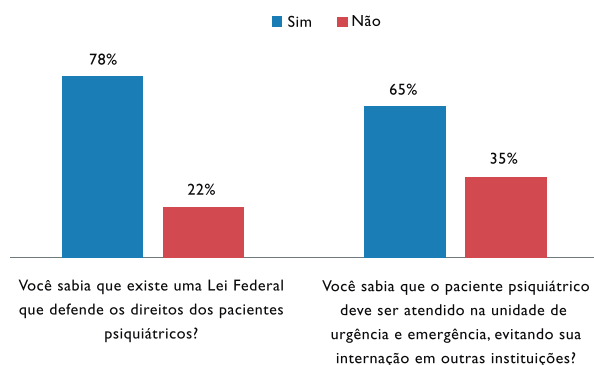


Figura 4. Conhecimento de legislação

O conceito de saúde mental hoje se vincula ao exercício da cidadania<sup>16</sup>. Nesse sentido, a Lei 10.216/2001 tem o intuito de assegurar aos doentes mentais sua cidadania, resguardando-lhes o direito de viver em sociedade. No entanto, 22% dos profissionais de assistência de enfermagem pesquisados desconhecem a lei, e 35% desconhecem o processo de desinstitucionalização nela proposto, segundo o qual o atendimento ao doente mental deve ser realizado preferencialmente em unidade de urgência e emergência, para evitar sua internação em instituição especializada.

A razão para que os hospitais psiquiátricos existam não é a separação e o armazenamento dos loucos, e sim o tratamento de doentes crônicos<sup>3</sup>. Se os doentes mentais sofrem discriminação, marginalização ou perdem sua cidadania, podem tornar-se doentes crônicos<sup>16</sup>. Ou seja, se os hospitais gerais

e unidades extra-hospitalares não cumprem a lei vigente e deixam o doente mental desamparado de sua cidadania, ele poderá voltar ao tratamento manicomial, que hoje é útil apenas aos doentes crônicos, e poderá se tornar mais um ser humano institucionalizado, abandonado pela sociedade e separado de seus direitos.

Para a integração e reintegração dos pacientes com doença mental na sociedade, faz-se necessário um entrosamento entre os diferentes níveis de atenção, visto que cada pessoa necessita de cuidados em um desses diferentes níveis conforme sua singularidade<sup>8</sup>. É importante, então, que a unidade em questão, assim como as unidades extra-hospitalares, estejam preparadas para tratar do doente mental. Nesse cenário, conhecer a lei vigente em saúde mental é imprescindível.

### Preparo assistencial

Quanto ao preparo dos profissionais para prestar assistência ao doente mental, foram realizadas cinco questões envolvendo as aptidões e posturas adotadas pelos pesquisados (Figura 5).

Que postura você toma para atender um paciente psiquiátrico? Você toma medidas de assistência diferentes? Você acha importante algum cuidado em especial para com esse paciente?

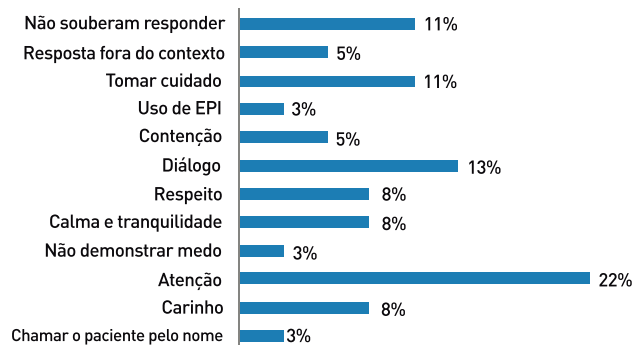


Figura 5. Aptidões e posturas de preparo assistencial

Esse primeiro gráfico mostra os resultados de uma questão discursiva livre: foram oferecidas linhas para que o voluntário colocasse todas as possibilidades de respostas que lhe viessem à memória. É possível observar que muitos voluntários colocaram "atenção" como um cuidado importante ao lidar com o doente mental, presente em 22% do total de respostas. Para agir de forma terapêutica, é preciso observar, ouvir,



**WANESSA FERREIRA DA SILVA<sup>1</sup>**  
**ROBERTH ANTHUNES MARQUES CABRAL<sup>1</sup>**  
**LETÍCIA XAVIER FARIA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Enfermeiro(a) pela Faculdade União de Goyazes, Trindade, GO. <sup>2</sup> Enfermeira, Especialista em Auditoria em Sistema de Saúde da Faculdade União de Goyazes, Trindade, GO.

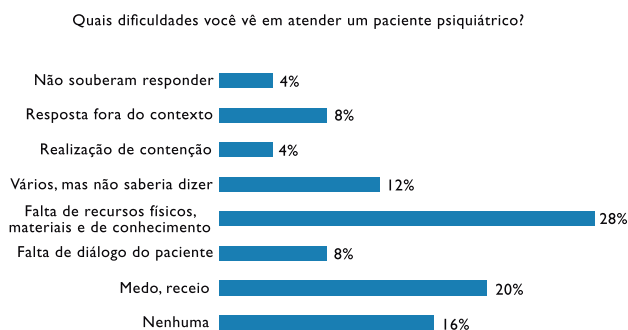
perceber o que não está sendo dito e procurar compreendê-lo<sup>16</sup>. Pode-se, de certo ponto de vista, entender esses comportamentos, que Rocha<sup>16</sup> cita como formas de atenção que demonstram cuidados importantes inerentes à assistência de enfermagem no cuidado ao doente mental.

Com 13% do total de respostas, “diálogo” aparece em segundo lugar nas respostas informadas pelos voluntários. É fundamental que os profissionais da assistência façam uso consciente de estratégias de comunicação adequadas, terapêuticas, pois o uso dessa competência é fundamental para que o doente mental exerça seus direitos e deveres dignamente, já que o faz passar da dependência para a independência<sup>17</sup>. Sendo o diálogo a principal forma de comunicação profissional-paciente, observa-se que os profissionais têm bom conhecimento de cuidado quando citam ser o diálogo uma ferramenta importante para trabalhar com o paciente com transtorno mental.

Durante emergências psiquiátricas, o paciente pode ser hostil com a equipe de profissionais e ter reações explosivas ao se sentir desvalorizado em suas queixas<sup>3</sup>. Observa-se que 11% das respostas indicam “tomar cuidado”, revelando, neste ponto, falta do conhecimento específico que desmistificaria o doente mental como sendo um paciente de alta periculosidade. Não se deve indagar o paciente sobre o porquê de ele agir daquela forma, ou procurar convencê-lo de que aquilo não tem motivo, afinal existe um motivo, embora ele não o identifique, por ser inconsciente<sup>16</sup>. Ou seja, quando o paciente age de forma estranha ou pronuncia diálogos controversos, ele tem um motivo para tal, e a equipe de enfermagem não deve desvalorizar sua conduta, e sim procurar compreendê-lo e ajudá-lo. Outros 11% não souberam responder, evidenciando a falta de conhecimento específico em saúde mental.

Outra questão discursiva livre foi dedicada às dificuldades percebidas no atendimento de pacientes psiquiátricos (Figura 6). Nessa questão, foi frequentemente mencionada a falta de recursos, ora físicos, ora de materiais, ora de conhecimentos, formando um grupo de 28% do total de respostas para as quais o déficit de recursos institucionais e profissionais era a grande dificuldade em atender o paciente doente mental. A falta de conhecimento, já abordada, é uma questão crucial para o atendimento do paciente com transtorno mental, já que é direito dele ser atendido de acordo com suas necessidades – e, para isso, o conhecimento é fundamental, como recomenda a OMS. Já os recursos físicos e de mate-

riais, como sugere a Portaria Ministerial 224/2001, cria espaço de inclusão para o doente mental no ambiente hospitalar, resguardando-lhe conforme sua necessidade. A falta de tais recursos representa um problema nessa transição paradigmática, e os profissionais compreendem isso, já que esta representou a maioria do total de respostas.



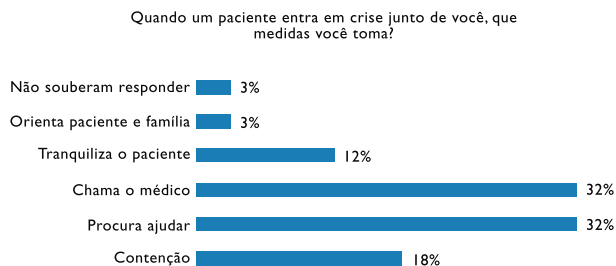
**Figura 6. Dificuldades no atendimento de pacientes psiquiátricos**

Além disso, 20% das respostas indicaram medo e receio ao trabalhar com o doente mental, configurando um grupo no qual novamente se nota a necessidade de desmistificar o doente mental como perigoso. O comportamento muitas vezes diferente do paciente com transtorno mental pode ser mal compreendido e questionado, levando-o a demonstrar hostilidade para com os profissionais. Contudo, o doente mental não é obrigado a comportar-se bem, pois é por isso que está sendo tratado<sup>16</sup>. Sendo assim, é obrigação do profissional se capacitar para saber como agir com esse paciente, evitando as situações que 20% dos profissionais temem enfrentar.

O resultado de 16% que não têm nenhuma dificuldade em atender o doente mental pode estar associado ao fato de que 43% dos voluntários disseram ter tido treinamento na instituição em que trabalha ou em outra em que já trabalhou, tendo, assim, as aptidões necessárias ao cuidado psiquiátrico. Houve referências a comportamento verbal em uma ampla categoria de respostas, desde vocais, textuais, gestuais, sinais e símbolos, até a manipulação de objetos e linguagens cerimoniais<sup>18</sup>. Mesmo assim, apenas 8% dos voluntários responderam ser a “falta de diálogo do paciente” uma dificuldade, já que se pode interpretar até mesmo o silêncio quando o paciente não responde ao profissional. A comunicação verbal com o doente mental pode não ser fácil, e pode ser necessá-

rio utilizar técnicas para favorecer a comunicação e procurar compreendê-lo<sup>3</sup>. Faz-se necessário aqui, novamente, o conhecimento específico.

Questionados sobre se saberiam o que fazer numa emergência psiquiátrica, a maioria dos profissionais (96%) respondeu afirmativamente, embora, no gráfico anterior, 12% indicaram ter várias dúvidas ao atender o doente mental, sem saber indicar quais. Assim, essa maioria de 96% que diz saber o que fazer leva a outro questionamento, a fim de melhor explorar esse dado (Figura 7).



**Figura 7. Medidas em situação de crise**

Para os profissionais atuarem numa situação de agitação do paciente em crise, eles devem ter sido orientados previamente<sup>3</sup>. Questionados sobre que medidas tomariam ao ver o paciente entrar em crise, 32% dos voluntários responderam que chamariam o médico, embora, na questão anterior, 96% tenham respondido que saberiam o que fazer nessa situação.

A atitude de chamar o médico logo no primeiro momento demonstra, mais uma vez, falta de conhecimento, e demonstra também que esses profissionais julgam necessário sedar o paciente para que a situação seja contornada logo – sendo que, em episódios de agitação, o importante não é acabar com a crise de qualquer maneira, e sim cuidar do paciente<sup>16</sup>.

Cuidar do paciente, ou procurar ajudá-lo, presente em outros 32% das respostas, representa a atitude terapêutica correta do profissional de enfermagem. A ajuda que pode ser oferecida ao doente mental é abrangente, incluindo tudo o que lhe permita viver melhor<sup>16</sup>. Quanto aos 18% que indicaram realizar contenção, segue discussão mais adiante. Por outro lado, quando 12% dizem que, nessa situação, tranquilizam o paciente, obtém-se uma atitude concreta que cabe na terapêutica correta, demonstrando conhecimento.

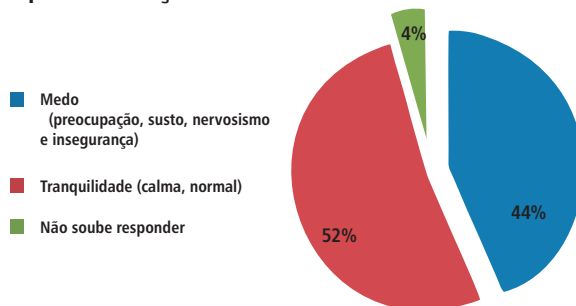
Em outra questão, observou-se que a maioria dos profissionais já haviam realizado contenção com atadura ou outro material (91%). Esse dado chama atenção, já que, em situações de crise, é importante fazer contenção humana, com pessoas junto ao paciente, e não contenção física<sup>16</sup>. Diante do alto resultado (91%), foi questionado onde os profissionais aprenderam a técnica, e identificou-se que quase metade deles (48%) a aprenderam durante a formação, 32% numa instituição onde já trabalharam (demonstrando haver conhecimento), e os demais 20% não souberam informar onde aprenderam a técnica.

É importante destacar, contudo, que é direito do doente mental não se sujeitar a contenções mecânicas desnecessárias e que a aplicação da contenção somente poderá ser feita em caso de extrema necessidade<sup>3</sup>.

### Preparo psicológico

Quanto ao preparo psicológico do profissional para assistir o doente mental, obtido através de conhecimento em saúde mental e psiquiatria, duas questões abordaram o tema. Pouco mais da metade dos profissionais (57%) não se sentem preparados. Faz-se necessário avaliar a reação psicológica de todos eles ao verem um paciente entrar em crise. Além disso, observou-se que quase metade (44%) sente medo, caracterizado por sentimentos de preocupação, susto, nervosismo e insegurança, que podem advir do mito de o paciente com transtorno mental ser alguém perigoso, novamente evidenciando o déficit de conhecimento em saúde mental (Figura 8).

### Quando um paciente entra em crise junto de você, qual sua reação?



**Figura 8. Reação em situações de crise**



**WANESSA FERREIRA DA SILVA<sup>1</sup>**  
**ROBERTH ANTHUNES MARQUES CABRAL<sup>1</sup>**  
**LETÍCIA XAVIER FARIA<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Enfermeiro(a) pela Faculdade União de Goyazes, Trindade, GO. <sup>2</sup> Enfermeira, Especialista em Auditoria em Sistema de Saúde da Faculdade União de Goyazes, Trindade, GO.

O tratamento em saúde mental exige uma mudança de mentalidade, exigindo que a sociedade se conscientize e aceite as diferenças<sup>16</sup>. Nessa mudança paradigmática, a aquisição de conhecimento é essencial. A sociedade – tanto profissionais quanto familiares e outros – deve, através do conhecimento, mudar essa mentalidade de preconceito, discriminação, marginalização e desafeto para com o doente mental, visto estar ele sendo reinserido gradualmente nessa sociedade onde precisa ser aceito.

A conduta adequada é procurar compreendê-lo com atitude afetiva e calma<sup>16</sup>. A tranquilidade esperada do profissional de enfermagem é encontrada em 52% dos profissionais pesquisados, sendo um resultado expressivo. Contraditoriamente, somente 43% se sentem preparados para assistir o doente mental.

### **CONCLUSÃO**

Com todas as análises gráficas apontando para a necessidade de capacitar, treinar, instruir e oferecer educação continuada, e observando que os próprios profissionais conhecem essa deficiência de conhecimento específico e legislativo na equipe de enfermagem, é possível e inevitável concluir que existe a falha institucional da não capacitação na área da saúde mental. Além disso, existe a falha profissional, já que poucos procuram se capacitar. E, finalmente, existe a falha política, pois, se houvesse fiscalização, o cenário aqui descrito não teria sido encontrado.

A falta de conhecimento, acima de outras preocupações, continua sendo um problema central na mudança paradigmática e na volta do doente mental para a sociedade. Esse conhecimento, além de assegurar atendimento de qualidade e excelência aos portadores de transtorno mental, desmistificaria o mito cultural do “doido” que agride, mudaria a mentalidade dos profissionais de que o doente mental precisa ficar excluído e auxiliado no regresso desses pacientes à sociedade.

### **Correspondência:**

Wanessa Ferreira da Silva  
Estrada Veredas 02, chácara 07, gleba 02, Chácaras Veredas do Lago  
CEP 71680-373 - Trindade, GO  
E-mail: wnssfds@gmail.com  
Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

### **Referências**

1. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001;9:48-55.
2. Chamma RC, Stefanelli MC, Arantes EC, Fukuda IMK. Serviços de atendimento em saúde mental e psiquiatria. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, editors. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri: Manole; 2008.
3. Sousa NE. *A enfermagem na Saúde Mental*. Goiânia: Editora AB; 2006.
4. Brasil. Portaria Ministerial n. 189/1991. Aprova a inclusão de grupos e procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos) [Internet]. 1991 [cited 2013 Oct 10]. <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>
5. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Sistemas e aplicativos: hospitalares* [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 10]. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0405>
6. Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica* [Internet]. Relatório de Gestão 2007-2010. 2011 [cited 2014 Aug 25]. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_fronteras\\_reforma\\_psiquiatria.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatria.pdf)
7. Brasil, Ministério da Saúde. Lei n. 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: *Legislação em saúde mental, 1990-2004*. 5ª ed ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004:17-20. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
8. Arantes EC, Stefanelli MC, Fukuda IMK. Evolução histórica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, editors. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri: Editora Manole; 2008.
9. Fukuda IMK, Stefanelli MC, Arantes EC, Fukuda IMK. Papel do enfermeiro em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, editors. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri: Editora Manole; 2008.
10. Brasil, Ministério da Saúde. *Informações de Saúde (TABNET): Demográficas e socioeconômicas* [Internet]. Esplanada dos Ministérios: DATASUS. 2013 [cited 2013 Oct 10]. <http://>

# ARTIGO ORIGINAL

**WANESSA FERREIRA DA SILVA**  
**ROBERTH ANTHONES MARQUES CABRAL**  
**LETÍCIA XAVIER FARIA**

# ARTIGO

tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptgo.def

<sup>11.</sup> Brasil, Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET): Rede assistencial [Internet]. Esplanada dos Ministérios: DATASUS. 2013 [cited 2013 Oct 10]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/aturggo.def>

<sup>12.</sup> Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei n. 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. 1990 [cited 2013 Oct 4]. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

<sup>13.</sup> Machado AL, Colvero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaço de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11:672-7.

<sup>14.</sup> Vieira S, Hossne WS. Metodologia científica para a área de saúde. 9th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2001.

<sup>15.</sup> World Health Organization (WHO). Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. 2002 [cited 2013 Nov 11]. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)

<sup>16.</sup> Rocha RM. Enfermagem em saúde mental. 2nd ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2008.

<sup>17.</sup> Stefanelli MC. Enfermagem psiquiátrica no século XXI. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, editors. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole; 2008.

<sup>18.</sup> Manzolli MC, Rodrigues MC, Carvalho EC. Psicologia em enfermagem: teoria e pesquisa. São Paulo: Sarvier; 1981.

## Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



**CLÍNICA**  
**JORGE**  
**JABER**  
[www.clinicajorgejaber.com](http://www.clinicajorgejaber.com)

### Atendimentos

INTERNAÇÃO  
HOSPITAL - DIA  
INDIVIDUAL  
GRUPO  
PROGRAMA FAMILIAR  
AMBULATORIAL  
DOMICILIAR

### Tratamentos

PSIQUIÁTRICO  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA  
PSICOLÓGICO  
TABAGISMO  
TRANSTORNO ALIMENTAR

### Convênios

AMAFREJ  
AMIL  
BRADESCO SAÚDE  
CAMARJ  
CASSI  
ELETROS SAÚDE  
EMBRATEL  
GAMA SAÚDE  
GOLDEN CROSS  
MARITIMA  
MEDSERVICE  
NOTREDAME  
PETROBRÁS  
SULAMÉRICA  
UNAFISCO  
UNIMED  
VALE DO RIO DOCE

**CENTRO DE RECUPERAÇÃO**  
Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ  
Rua Elisio de Araujo, 263  
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442- 4354  
CEP: 22783 - 360

**CONSULTÓRIOS**  
Leblon - Rio de Janeiro - RJ  
Av. Ataúffo de Paiva, 1079/1105  
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056  
CEP: 22440-034  
e-mail: [jjaber@clinicajorgejaber.com.br](mailto:jjaber@clinicajorgejaber.com.br)

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ

RENATA DEMARQUE, JOEL RENNÓ JR.,  
HEWDY LOBO RIBEIRO, JULIANA PIRES  
CAVALSAN, GISLENE VALADARES, AMAURY  
CANTILINO, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES  
RIBEIRO, RENAN ROCHA, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

## INFERTILIDADE FEMININA

### FEMALE INFERTILITY

#### Resumo

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que entre 60 e 80 milhões de pessoas em todo o mundo enfrentem dificuldades para levar a cabo seu projeto de paternidade e maternidade em algum momento da vida. Desejar ter filhos mas se deparar com a impossibilidade desse processo produz uma ampla gama de sentimentos, tais como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia e vergonha, desencadeando, por vezes, quadros importantes de estresse. A situação de infertilidade pode provocar efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal, interferir nas relações sociais e na qualidade de vida. Muitas mulheres inférteis percebem a situação como estigmatizante, causadora de sofrimento psíquico e isolamento social.

**Palavras-chave:** Infertilidade, transtornos mentais, estigma.

#### Abstract

According to the World Health Organization, it is estimated that between 60 and 80 million people worldwide face difficulties undertaking their parenting projects sometime in their lifetime. Wishing to have a child and not being able to conceive may elicit several feelings in the parents, e.g., fear, anxiety, sadness, frustration, depreciation, and shame, sometimes leading to extreme stress situations. Infertility may provoke devastating effects at both individual and conjugal levels, interfere in social relationships and quality of life. Many infertile women perceive the situation as stigmatizing and causing psychic distress and social isolation.

**Keywords:** Infertility, mental disorders, stigma.

#### INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que entre 60 e 80 milhões de pessoas em todo o mundo enfrentam dificuldades em realizar seu projeto de paternidade e maternidade em algum momento da vida. A infertilidade

afeta 10 a 15% dos casais nos EUA e aproximadamente 20% de todas as pessoas no mundo<sup>1</sup>.

Define-se infertilidade como a ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais sem nenhum método de contracepção<sup>2,3</sup>. Entretanto, a definição pode variar de acordo com as informações avaliadas. Entre mulheres com 35 anos ou mais, ou quando há histórico de aborto de repetição<sup>4</sup>, os médicos podem diagnosticar infertilidade após apenas 6 meses de tentativas, pois a habilidade de conceber declina substancialmente com o aumento da idade, e o atraso no início de uma intervenção poderá diminuir a efetividade do tratamento<sup>5</sup>. A infertilidade pode ser classificada como primária (não tem filhos) ou secundária (incapacidade de conceber outros filhos)<sup>6</sup>.

A capacidade de procriação parece ser um referencial significativo da identidade de gênero, o qual, diante do diagnóstico de infertilidade, exige um importante trabalho de elaboração psíquica<sup>2</sup>.

Desejar ter filhos mas se deparar com a impossibilidade de tê-los e com a sensação de perda do controle do próprio corpo pode gerar dificuldades psicológicas complexas, com repercussões em vários aspectos da vida, por exemplo sexual, afetiva, social e laboral, ocasionando um decréscimo na qualidade de vida<sup>2,7</sup>. Embora as consequências psicológicas da infertilidade sejam evidentes, ainda é pouco claro como distúrbios psicológicos afetam a fertilidade<sup>7</sup>.

#### ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

Povos antigos viam na fecundidade da terra e de todas as espécies um único fenômeno, regido pela vontade divina. A fecundidade eterna representava esperança para os povos da Antiguidade, enquanto a esterilidade se apresentava como a imagem da morte. Alguns textos bíblicos mostram benção e fertilidade como sinônimos, assim como maldição e esterilidade<sup>7</sup>. Nos séculos XVI, XVII e XVIII, quando se atribuía



**RENATA DEMARQUE<sup>1</sup>, JOEL RENNÓ JR.<sup>2</sup>, HEWDY LOBO RIBEIRO<sup>3</sup>, JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>4</sup>, GISELE VALADARES<sup>5</sup>, AMAURY CANTILINO<sup>6</sup>, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>7</sup>, RENAN ROCHA<sup>8</sup>, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>9</sup>**

<sup>1</sup> Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e Programa de Atenção à Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. <sup>2</sup> Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. Professor colaborador, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), São Paulo, SP. <sup>3</sup> Psiquiatra forense, psicogeriatra e psicoterapeuta, ABP. Psiquiatra, ProMulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. <sup>4</sup> Psiquiatra, ProMulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. <sup>5</sup> Médica psiquiatra, ABP. Mestre em Farmacologia e Bioquímica Molecular. Membro fundador do Serviço de Saúde Mental da Mulher, do Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas, HC-UFMG, da Seção de Saúde Mental da Mulher da WPA, e da International Association of Women's Mental Health. <sup>6</sup> Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria, UFPE. <sup>7</sup> Médico psiquiatra. Especialista em Psiquiatria, ABP. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria: Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA), Porto Alegre, RS. Professor associado, Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF), Porto Alegre, RS. <sup>8</sup> Médico psiquiatra. Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. <sup>9</sup> Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense, ABP-AMB-CFM. Psiquiatra, Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Diretor Científico, PROPSIQ.

pouco ou nenhum valor social e moral à maternidade, uma mulher ser infértil poderia ser pouco impactante, diferentemente do contexto cultural do século XIX, que convertia a maternidade numa atividade nobre e na única possibilidade de realização feminina amparada socialmente<sup>7</sup>.

Na pós-modernidade, movimentos feministas levaram a uma desobrigação em relação à maternidade, sendo esta então atrelada ao poder de escolha. Assim, a maternidade poderia ser questionada e adiada, mas continuou sendo valorizada socialmente e mantendo sua importância na construção da identidade de mulher. Porém, a infertilidade não deixa de abalar a imagem do corpo controlável e da gravidez programável pelos contraceptivos, levando à quebra da imagem narcísica superinvestida na qual o corpo é o vetor<sup>8</sup>.

Atualmente, com apenas 5% da população casada escolhendo voluntariamente permanecer sem filhos, a realização da parentalidade continua a ser uma meta maior para a maioria dos homens e mulheres, com a fertilidade sendo uma função humana básica, e a parentalidade, um marco no desenvolvimento<sup>7-9</sup>.

### **INFERTILIDADE: SENTIDO VERSUS CAUSALIDADE**

Embora a capacidade de procriar seja postergada para a vida adulta, precocemente associamo-nos com ela. Em brincadeiras infantis, percebemos um tipo de ensaio para o futuro desempenho da parentalidade. Um dos primeiros enigmas a ocupar a mente infantil é o que diz respeito à origem dos bebês<sup>7</sup>.

A medicina, ao permitir um controle quase total sobre a concepção, faz com que ter um filho signifique o atendimento de um desejo consciente e de uma decisão tomada. Se a concepção tarda, muitas mulheres passam a solicitar ao médico uma solução rápida, pela própria dificuldade de lidar com a dor da vivência de múltiplas perdas<sup>1</sup>: perda da continuidade genética, do controle do próprio corpo, da gestação, de uma criança em potencial, de um sonho de infância, de um objetivo de vida.

Atualmente, a literatura psicanalítica tem buscado a compreensão do sentido da infertilidade, e não sua causalidade. Mesmo aqueles que consideram a infertilidade como tendo uma parcela psicogênica concordam que o intenso estresse associado a esse fenômeno pode provocar assustadoras fantasias, atingindo a personalidade como um todo<sup>6</sup>.

Em países em desenvolvimento, a infertilidade é muito relacionada a infecções do trato genital resultantes de doenças sexualmente transmissíveis, infecções puerperais, abortos ou tuberculose pélvica<sup>4</sup>.

### **INFERTILIDADE E TRANSTORNOS PSÍQUICOS**

Embora muitas mulheres sejam resilientes e capazes de lidar com a infertilidade de maneira saudável, uma parcela delas desenvolve psicopatologia, e em alguns casos doenças preexistentes se agravam.

Estudos têm reportado uma grande prevalência de ansiedade e depressão em associação à infertilidade, principalmente em mulheres. Esses sintomas têm sido apontados como causa e/ou consequência da infertilidade e, tendo em vista o prejuízo que causam em termos de qualidade de vida, necessitam de atenção<sup>2,10</sup>.

O estresse, igualmente, tem merecido significativa atenção quando se trata do tema da infertilidade e de tratamentos por meio de reprodução assistida. A maioria dos estudos contemporâneos afirma que a infertilidade é a origem do estresse psicológico, contrariando antigos estudos que o colocam como causa<sup>2,7</sup>.

Domar et al.<sup>11</sup> e Cwikel et al.<sup>12</sup> demonstraram que mulheres inférteis têm níveis significativamente maiores de sintomas depressivos e uma prevalência duas vezes maior de sintomas depressivos quando comparadas a mulheres férteis. Quando mulheres inférteis são comparadas a mulheres com câncer, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, dor crônica e HIV positivas, os escores de depressão e ansiedade são indistinguíveis, exceto os daquelas com dor crônica<sup>13</sup>.

Volgsten et al.<sup>14</sup>, em um estudo prospectivo realizado num hospital universitário na Suíça, avaliou 413 mulheres e 412 homens com o objetivo de identificar fatores de risco associados a depressão e ansiedade em casais inférteis submetidos a fertilização *in vitro*. A obesidade e o teste de gravidez negativo (após tratamento de fertilização *in vitro*) foram considerados fatores de risco independentemente associados ao aumento significativo de qualquer transtorno de humor, em particular risco de depressão, nas mulheres. Essas mulheres precisam ser devidamente identificadas e cuidadas antes de iniciar o próximo tratamento de fertilização.

**RENATA DEMARQUE, JOEL RENNÓ JR.,  
HEWDY LOBO RIBEIRO, JULIANA PIRES  
CAVALSAN, GISLENE VALADARES, AMAURY  
CANTILINO, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES  
RIBEIRO, RENAN ROCHA, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de infertilidade na mulher pode despertar medos e fantasias, desencadear quadros depressivos, intenso desgaste pessoal e conjugal, além de importante impacto sobre planos e projetos futuros.

A infertilidade possui causas multideterminadas. Portanto, ao priorizar uma abordagem do sujeito na sua integralidade, qualquer intervenção deverá incluir a dimensão emocional e social na qual a mulher está inserida.

## Agradecimentos

Agradecemos à Associação Brasileira de Psiquiatria pelo apoio e esforços empregados na divulgação da saúde mental da mulher.

## Correspondência:

Joel Rennó Jr  
Rua Teodoro Sampaio, 352/127, Pinheiros  
CEP 05406-000 - São Paulo, SP  
E-mail: rennoj@terra.com.br

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

## Referências

1. Sbaragli C, Morgante G, Goracci A, Hofkens T, De Leo V, Castrogiovanni P. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertil Steril*. 2008;90:2007-11.
2. Farinati DM, Rigoni MS, Muller MC. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estud Psicol (Campinas)*. 2006;23:433-9.
3. Lasmar RB, Barrozo PRM, Parente RCM, Lasmar BP, Rosa DB, Penna IA, et al. Avaliação histeroscópica em pacientes com infertilidade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32:393-7.
4. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;21:293-308.
5. Center for Disease Control and Prevention. Infertility and public health. A national public health action plan for the detection, prevention, and management of infertility [Internet]. 2012 [cited 2014 Ago 27]. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/publichealth.htm>
6. Burns LH. Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30:689-716.
7. Cunha MCV, Carvalho JA, Albuquerque RM, Ludermir AB, Novaes M. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e importância do apoio social. *Rev Psiquiatr*

Rio Gd Sul. 2008;30:201-10.

8. Miranda FE. A infertilidade feminina na pós-modernidade e seus reflexos na subjetividade de uma mulher. *Psicol Rev (Belo Horizonte)*. 2005;11:271-3.

9. Vila ACD, Vandenberghe L, Silveira NA. A vivência de infertilidade e endometrioses: pontos de atenção para profissionais da saúde. *Psic Saude Doenças*. 2010;11:219-28.

10. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod*. 2004;19:2313-8.

11. Domar AD, Zuttermeister PC, Seibel M, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. *Fertil Steril*. 1992;58:144-7.

12. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;117:126-1.

13. Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with others medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1993;14:45-52.

14. Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2010;93:1088-96.

## Recomendação de leitura complementar:

Rennó Jr J, Ribeiro HL. *Tratado de saúde mental da mulher*. São Paulo: Atheneu; 2012.

## VISITA DOMICILIAR AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS PELO PSIQUIATRA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): FERRAMENTA PARA O ENSINO QUE PODE LEVAR À INCLUSÃO DO PACIENTE E AO APRENDIZADO MÉDICO COM AS RELAÇÕES HUMANAS CONQUISTADAS

### HOME VISITS TO PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS BY PSYCHIATRISTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS (CAPS): A TEACHING TOOL THAT MAY LEAD TO PATIENT INCLUSION AND AN OPPORTUNITY FOR THE PHYSICIAN TO LEARN WITH THE HUMAN RELATIONS ESTABLISHED

#### Resumo

As visitas domiciliares são atividades características e obrigatórias na Estratégia Saúde da Família, mas não para as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), podendo ou não ser utilizadas como ferramentas para acolhimento dos pacientes portadores de transtornos mentais e suas famílias, estimulando sua integração social, apoiando suas iniciativas em busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. Quando realizadas, geralmente o são por membros da equipe multidisciplinar, substituindo a visita ao médico psiquiatra da equipe.

**Palavras-chave:** CAPS, visita domiciliar, reforma da assistência em psiquiatria, educação em saúde.

#### Abstract

Home visits are typical, mandatory activities of the Family Health Strategy, but not for teams working at Psychosocial Care Centers (CAPS). As a result, they may or may not be used as tools to receive patients with mental disorders and their families, encouraging their social integration, supporting their initiatives to achieve autonomy, offering medical and psychological care. Whenever home visits are made, usually

it is by members of the multidisciplinary team, replacing a patient visit to the staff's psychiatrist.

**Keywords:** CAPS, home visits, psychiatric health care reform, health education.

#### INTRODUÇÃO

Como característica principal, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) buscam integrar os pacientes a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu espaço, sua casa, onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. O CAPS constitui a principal estratégia, iniciada em 1980, com a missão de reverter o quadro doloroso que se arrastou até então, onde muitos e muitos doentes mentais eram aprisionados em hospitais psiquiátricos sem perspectiva de retorno a um convívio familiar e social digno. O atendimento oferecido no CAPS diariamente visa gerenciar projetos terapêuticos levando em conta os cuidados clínicos e a inserção social dos pacientes, através de ações que envolvam a educação, o esporte, a cultura e o lazer, formando estratégias de enfrentamento dos conflitos pessoais, familiares e sociais, dando suporte aos atendimentos em saúde mental da rede básica, regulando a porta de entrada da rede



Médica psiquiatra, especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e especializanda em Dependência Química pela UNIFESP, São Paulo, SP.

de assistência em saúde mental, coordenando atividades de supervisão referentes aos atendimentos hospitalares e atualizando as listas de pacientes próprios do CAPS e daqueles que fazem uso de psicotrópicos pela rede básica municipal.

Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras são destinadas às famílias, e outras ainda são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos: atendimento individual, com prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; atendimento em grupo, com oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; atendimento para a família, com atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; e atividades comunitárias, com atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, com a comunidade e com a sociedade em geral.

Este estudo tem como objetivo lançar luz sobre a eficácia da realização das visitas domiciliares pelo médico psiquiatra do CAPS, acompanhado ou não por outros membros da equipe (naturalmente muito importantes), com o intuito de promover os vínculos de amizade e confiança com os pacientes e familiares. Nessas visitas podem ser realizadas intervenções psicoeducativas através de estratégias específicas e orientações, com conteúdo apropriado e linguagem simples, para ativação da cognição social do doente, esclarecimento de dúvidas quanto aos medicamentos, quanto ao tratamento, quanto à importância da participação nas atividades promovidas pela unidade, além da observação de necessidades básicas, sociais, dinâmica familiar, dificuldades familiares no trato com o doente, oferecendo dignidade e cidadania, aprendendo e agregando conhecimento e, ao mesmo tempo, servindo como agente facilitador da inclusão e agente avaliador da hospitalização psiquiátrica, quando a mesma se faz necessária.

### **Discussão**

O interesse em elaborar este estudo partiu da experiência realizada por mim e por minha equipe, de julho de 2012 a

setembro de 2013, com a realização de visitas psiquiátricas domiciliares aos usuários do CAPS II do município de Caraguatuba (SP). Durante as visitas médicas, a equipe multidisciplinar observou importante motivação e aderência ao tratamento e às terapêuticas, dada a presença do próprio psiquiatra no ambiente domiciliar do doente, fato este que não vinha acontecendo com as visitas de rotina realizadas pelos membros da equipe. Além disso, quando a visita é realizada pelo próprio médico, ganha-se tempo, pois prescrições podem ser atualizadas e psicotrópicos ajustados, solicitando exames quando necessário e avaliando questões importantíssimas, como maus-tratos e negligência. E, mais importante, a visita permite o olhar médico com foco na cognição social, definida como um conjunto de processos que permitirão a construção de interações sociais, a análise de crenças e intenções em relações aos outros. Os doentes com esquizofrenia, por exemplo, apresentam falhas na cognição social.

Passamos, então, a pesquisar a literatura a fim de embasar teoricamente tal indicador, e deparamo-nos com poucos artigos voltados ao tema. Por outro lado, os poucos estudos disponíveis foram de extrema importância para a construção do tópico, assim como para sua sedimentação. Abaixo apresentamos citações dos estudos explorados.

*A visita domiciliar é uma prática antiga na área da saúde e atualmente está sendo resgatada em função das novas políticas públicas, que incentivam maior mobilidade do profissional; o profissional deixa de ficar esperando as pessoas adoecerem e procurarem recursos, e atua em seu entorno, detectando necessidades, promovendo saúde e cuidado. Nesta perspectiva pode ser considerada como um dos eixos transversais do sistema de saúde brasileiro, podendo ser compreendida como um método, uma técnica, um instrumento; exige plena concordância do usuário e o estabelecimento de uma relação fundamentada pelo diálogo e pela ética; este artigo sustenta as possibilidades de uso da visita domiciliar como tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa em saúde.<sup>1</sup>*

*Na Grécia, em 443 a.C., já foram encontrados relatos de médicos que percorriam as cidades, prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando quanto ao controle e melhoria do ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo; a preocupação estava mais voltada em evitar doenças e mi-*

nimizar a dor dos doentes do que na promoção da saúde e valorização de seu contexto social e sua qualidade de vida.<sup>1</sup>

Mais recentemente no Brasil, a visita domiciliar passa a ser uma importante estratégia de cuidado, que mobiliza a participação da família e gera avanço no conhecimento; com a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podemos apontar a visita domiciliar como o eixo para a construção de um espaço de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os sujeitos do processo, um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações através da escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem independentes na produção da própria saúde.<sup>1</sup>

A visita domiciliar traz consigo um significado simbólico muito forte: ela é um espaço concedido pelo usuário em seu domicílio, diversamente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional. Para o paciente e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado especial, simbolizando um compromisso da equipe. Ela fortalece o vínculo entre o profissional, a equipe e o usuário. Para que esse processo ocorra, é preciso que o médico esteja presente e atuante na comunidade, se relacionando com o paciente e sua família e tendo a abertura para aceitar opiniões e condutas, algumas vezes diversas das que são prescritas pelos protocolos; é necessário, ainda, que se definam os conceitos de comunicação e interação inseridos no contexto atual de uma medicina cada vez mais especializada e tecnológica; a comunicação pressupõe, aqui, o entendimento mútuo, em que não há possibilidade de coerção, buscando a compreensão; no domicílio e na comunidade, o médico entra em contato com um mundo diverso daquele do consultório e pode ter a oportunidade de ampliar seu entendimento da vida cotidiana das pessoas que atende, ao mesmo tempo em que precisa intervir sobre estas pessoas e seus problemas de saúde.<sup>2</sup>

A noção de desenvolvimento está atrelada a um contínuo de evolução, em que nós caminharíamos ao longo de todo o ciclo vital. Essa evolução, nem sempre linear, se dá em diversos campos da existência, tais como afetivo, cognitivo, social e motor. Este caminhar contínuo não é determinado apenas por processos de maturação biológicos ou genéticos. O meio (e por meio entenda-se algo muito amplo, que envolve cultura, sociedade, práticas e interações) é fator de máxima importância no desenvolvimento humano.<sup>3</sup>

Vygotsky et. al. (1988) acredita que as características individuais e até mesmo suas atitudes individuais estão impregnadas de trocas com o coletivo, ou seja, mesmo o que tomamos por mais individual de um ser humano foi construído a partir de sua relação com o indivíduo.<sup>3</sup>

Um dos dispositivos propostos pela reforma da assistência em psiquiatria, vislumbrando a manutenção do usuário em acompanhamento ambulatorial ou domiciliar, pode ser feito por meio de visitas domiciliares. As visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio desses recursos podemos entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. Acreditamos que a visita domiciliar, após a alta, fornece aos usuários dos serviços de psiquiatria suporte para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento, evitando assim a re-internação (Reinaldo e Rocha, 2002).<sup>4</sup>

E, por exemplo:

(...) apesar do analfabetismo, ela criou um método próprio de lidar com o dinheiro; aprendeu que a nota da onça-pintada, 50 reais, era a que mais valia; a do mico-leão-dourado, 20 reais, dava pra comprar brincos, batom, esmalte e ainda sobrava troco; com 10 reais, a nota da arara, ela conseguia trazer para casa dois litros de refrigerante, biscoitos e pão; com a tartaruga marinha não fazia quase nada, afinal são poucas as coisas que se pode comprar com 2 reais. Assim, com a ajuda dos bichos da fauna brasileira impressos na moeda nacional, ela tem conseguido se virar e fazer as próprias contas (...).<sup>5</sup>

O último trecho acima foi extraído do livro *Holocausto brasileiro*, de Daniela Arbex. A autora relata o aprendizado da paciente Sônia, que permaneceu 50 anos presa no Colônia, conhecido como o maior hospício do Brasil, e que teve sua liberdade de volta quando foi levada a viver numa residência terapêutica para doentes mentais.<sup>5</sup>

Os doentes de esquizofrenia apresentam dificuldades importantes na funcionalidade e cognição social, principalmente nos aspectos relacionados às emoções e percepções, julgamento de regras sociais, consciência de papéis, regras e finalidades, interações sociais, significados dos acontecimentos, geração de respostas às intenções, disposições e comportamentos de outros e de si próprio. Essas altera-



Médica psiquiatra, especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e especializanda em Dependência Química pela UNIFESP, São Paulo, SP.

ções estão presentes principalmente no início da doença, na fase de exacerbação e fase residual, e as intervenções psicofarmacológicas têm demonstrado limitações nos déficits cognitivos associados à esquizofrenia. Desta forma, as intervenções não farmacológicas têm sido desenvolvidas e estimuladas, exercendo impacto no funcionamento psicossocial dos doentes mentais, não só de esquizofrenia, mas também nos casos de depressão severa, transtorno afetivo bipolar e transtornos obsessivos compulsivos, dentre outros.

*As intervenções psicossociais podem ser divididas em quatro grandes grupos: terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar psicoeducativa, treino de aptidões sociais e remediação cognitiva.<sup>6</sup>*

Através das citações, podemos perceber a importância do tema tanto para o médico quanto, principalmente, para os pacientes portadores de transtornos mentais e usuários dos CAPS.

A visita médica psiquiátrica é uma ferramenta de peso no processo da doença mental, sendo que o doente é avaliado no seu próprio habitat e convidado a ser participativo numa sociedade da qual por direito também faz parte. Durante a visita, o psiquiatra poderá atualizar o tratamento medicamentoso, realizar intervenções psicoeducativas, esclarecer dúvidas, dar sugestões quanto a conflitos pessoais e familiares e oferecer conhecimentos de vida, instrumentos que serão utilizados para o crescimento pessoal do doente e o crescimento da própria sociedade sabidamente democrática, mas que em alguns momentos se faz ditatorial, estabelecendo regras veladas e preconceituosas, "politicamente corretas", que atingem minorias especiais.

#### **MÉTODOS DE PESQUISA**

Este artigo foi realizado através de levantamento bibliográfico como subsídio para o desenvolvimento do tema de forma consistente, conceituando a visita domiciliar como estratégia em utilização pelas equipes de saúde da família, de acordo com as políticas públicas atuais, e sequencialmente, possibilitando e estimulando a utilização dessa visita pelas equipes de saúde mental, em especial pelo médico psiquiatra. O ambiente domiciliar se transforma em *setting* terapêutico, onde o médico e o paciente ensinam e aprendem.

#### **CONCLUSÃO**

O presente estudo teve como objetivo lançar luz sobre um

tema ainda muito atual no que se refere à abordagem de pacientes portadores de transtornos mentais e suas famílias, em um contexto onde as políticas públicas visam à desospitalização psiquiátrica, utilizando principalmente as equipes dos CAPS para o acolhimento e tratamento desses pacientes.

A abordagem se faz através de diversas estratégias, dentre elas a visita domiciliar médica feita pelo próprio psiquiatra do CAPS, que, assim como os demais membros da equipe, usará o vínculo criado com seu paciente para ensinar e aprender, possibilitando a reinclusão.

#### **Correspondência:**

Lisandre F. Brunelli  
Rua Coronel Lucio 143 centro  
CEP 13880-000 - Vargem Grande do Sul - SP.  
E-mail: lisandrebrunelli@hotmail.com

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

#### **Referências**

1. Lopes WO, Saube R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7:241-7.
2. Borges R, D'Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface (Botucatu)*. 2011;15:461-72.
3. Oliveira FC, Walker MS. Atenção básica e saúde mental: possibilidades e desafios. In: 3º Mostra de Trabalhos em Saúde Pública; 2009; Unioeste, Cascavel, PR, Brasil.
4. Rabello E, Passos JS. Vygotsky e o desenvolvimento humano [Internet]. 2005 [cited 2014 Aug 20]. <http://www.jose-silveira.com/artigos/vygotsky.pdf>
5. Arbex D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorias; 2013.
6. Vaz-Serra A, Palha A, Figueira ML, Bessa-Peixoto A, Brissos S, Casquinha P, et al. Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Med Port*. 2010;23:1043-58.

# EVENTOS

## OUTUBRO

**Evento: PEC ACP – Tema: Endocannabinóides e SNC – Dr. José Alexandre de Souza Crippa**

Data: 04/10

Local: ACM – Associação Catarinense de Medicina

Federada: Associação Catarinense de Psiquiatria

Informações: [acp@acp.med.br](mailto:acp@acp.med.br)

Pontos para a prova de Títulos: 02 pontos

**Evento: Workshop sobre Intervenções Baseadas em Mindfulness**

Data: 04/10

Local: AMRIGS – Av. Ipiranga, 5311 – Porto Alegre/RS

Federada: Associação de Psiquiatria do RS

Informações: [aprs@aprs.org.br](mailto:aprs@aprs.org.br) / 51 3024-4846

Pontos para a prova de Títulos: 02 pontos

**Evento: Curso de Atualização – Psiquiatria Forense**

Data: 11/10

Local: Brasília

Federada: Associação Psiquiátrica de Brasília

Informações: [apbr@apbr.com.br](mailto:apbr@apbr.com.br) ou [faleconosco@apbr.com.br](mailto:faleconosco@apbr.com.br)

Pontos para a prova de Títulos: 02 pontos

**Evento: XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria**

Data: 15 a 18 de outubro de 2014

Local: Centro de Convenções Ulysses Guimarães – Brasília

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Informações: [www.abp.org.br/congresso](http://www.abp.org.br/congresso)

Pontos para a prova de Títulos: 20 pontos

## NOVEMBRO

**Evento: Curso de Atualização – Psicoterapias**

Data: 01 de novembro de 2014

Local: Brasília

Federada: Associação Psiquiátrica de Brasília

Informações: [www.abp.org.br/congresso](http://www.abp.org.br/congresso)

Pontos para a prova de Títulos: 02 pontos

**Evento: Simpósio PROATA 20 anos: TRANSTORNO, PRAZER e MÍDIA. O corpo em questão!**

Data: 8 de novembro de 2014

Local: Green Place Flat Ibirapuera, São Paulo, SP

Federada: Centro de Estudos Paulista de Psiquiatria

Informações: [proata@unifesp.br](mailto:proata@unifesp.br) / [www.proata.com.br](http://www.proata.com.br) / (11)

50842187

Pontos para a prova de Títulos: 05 pontos

**Evento: XIII JORNADA CATARINENSE DE PSQUIATRIA**

Data: 13, 14 e 15 de Novembro de 2014

Local: Oceania Park Hotel – Ingleses em Florianópolis

Federada: ACP – Associação Catarinense de Psiquiatria

Informações: [acp@acp.med.br](mailto:acp@acp.med.br)

Pontos para a prova de Títulos: 05 pontos

**Evento: Fórum interdisciplinar de discussão sobre a maldade, a ética e a corrupção no cotidiano**

Data: 22 de Novembro de 2014

Local: Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS

Federada: Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

Informações: [aprs@aprs.org.br](mailto:aprs@aprs.org.br) / (51) 3024.4846

Pontos para a prova de Títulos: 02 pontos

**Acompanhe a agenda e saiba quais são os eventos pontuados e quantos pontos você ganha participando. Prestígie os eventos apoiados pela ABP!**



Tratamento especializado em dependência química.

Internação **voluntária** e **involuntária** em unidades independentes.

Hospital **dia e noite**.

Área localizada dentro de **reserva ambiental** a 70 km do Rio de Janeiro.

Ambiente **exclusivo** e **privativo** com hotelaria de alto padrão.

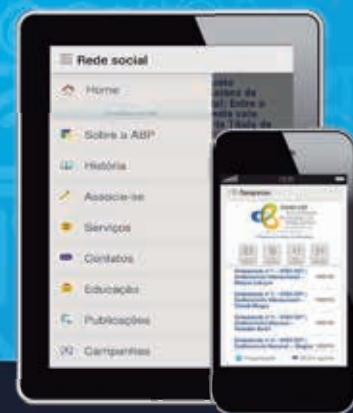
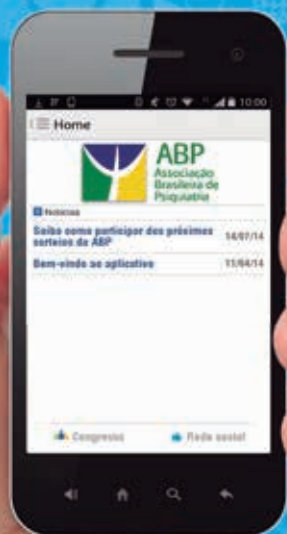


REVITALIS

Diretor técnico **Dr. Sergio Rocha** CRM: 5271741-0

Rua Bernardo Coutinho, 2241 | Araras | Petrópolis - RJ | cep: 25725-022 | t.: 24 2225 0430 | c.: 24 98147 7717 | [clinicarevitalis.com.br](http://clinicarevitalis.com.br)

# CONHEÇA O APLICATIVO DA ABP!





**MAIS UMA OPÇÃO DE ATUALIZAÇÃO EM  
PSIQUIATRIA PARA OS ASSOCIADOS DA ABP.**

**TODAS ÀS SEGUNDA - FEIRA**

**21H AO VIVO**

**NO PORTAL DA PSIQUIATRIA [WWW.ABP.ORG.BR](http://WWW.ABP.ORG.BR)**



**Assistir é muito fácil e prático,  
basta acessar o Portal da Psiquiatria  
[www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)**