

MARIANA EMILE FIDELIS DACORÉGIO

**ATENDIMENTO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM
EMERGÊNCIA GERAL**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

MARIANA EMILE FIDELIS DACORÉGIO

**ATENDIMENTO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM
EMERGÊNCIA GERAL**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Diretor do Curso: Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinheiro
Professor Orientador: Prof. Dr. Walter de Oliveira**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

Dacorégio, Mariana Emile Fidelis

Atendimento ao paciente psiquiátrico em emergência geral. /Mariana Emile Fidelis Dacorégio. – Florianópolis, 2012.

25p.

Orientador: Dr. Walter de Oliveira.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina
– Curso de Graduação em Medicina.

1. Psiquiatria 2. Serviço Hospitalar de Emergência 3. Saúde Mental 4. Estigma social 5. Loucura

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho ao homem que sempre me inspirou. Com ele aprendi a sonhar e a amar. Ele é responsável pelo amparo que resultou em cada um das minhas conquistas. Obrigada, Vô, por estar na minha vida e compartilhar as minhas alegrias.

Agradeço ao meu querido orientador, Dr. Walter de Oliveira, por me apoiar e me guiar durante o processo de elaboração deste trabalho e por ter me ensinado que não só de doença se faz a psiquiatria e não só de tristeza se faz a loucura.

Obrigada a cada paciente que cruzou o meu caminho e deixou um pouco de si.

Agradeço com todo o meu coração à minha família, base de tudo que sou e de tudo que acredito. Obrigada, mãe, por me trazer a esse mundo e também por me levar, desde muito pequena, ao hospital, onde aprendi muito do que me faz ser eu mesma.

Por fim, agradeço ao meu marido pelo incentivo em cada dificuldade, pela paciência com o cansaço, pela certeza de ter um grande companheiro com quem contar.

RESUMO

Introdução: O atendimento ao paciente psiquiátrico constitui-se num assunto de difícil abordagem, em especial nas unidades de emergência onde é, muitas vezes, negligenciado por seu desconhecimento.

Objetivos: Caracterizar o atendimento ao paciente psiquiátrico em uma unidade de emergência de hospital geral.

Métodos: Revisão sistemática sem metanálise, com um total de 20 artigos utilizados efetivamente no trabalho, sendo estes provenientes das bases de dados Scielo e Science Direct.

Resultados: A estigmatização da loucura é freqüente, mesmo entre os profissionais da saúde, e esta faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade. A presença de história prévia de doença mental leva muitos médicos a subestimar queixas somáticas dos pacientes, resultando em erros diagnósticos, muitas vezes, graves. A ausência de unidade psiquiátrica de apoio à unidade de emergência diminui a qualidade do serviço prestado ao paciente além de sobrecarregar os profissionais de saúde. Profissionais mais capacitados no atendimento a pacientes psiquiátricos têm mais facilidade de enfrentar situações de estresse em emergências, resolvendo-as mais efetivamente.

Conclusões: A literatura nacional é escassa, porém as questões pertinentes ao atendimento do paciente psiquiátrico transparecem no cotidiano das emergências. A presença de profissionais adequadamente capacitados, de uma unidade de psiquiatria de apoio às unidades de emergência e de estratégias para o combate do estigma contra o portador de doença psiquiátrica são de extrema importância para um atendimento seguro e eficaz para com o paciente psiquiátrico nas unidades de emergência.

Palavras-chave: psiquiatria, serviço hospitalar de emergência, saúde mental, estigma social, loucura.

ABSTRACT

Introduction: The psychiatric patient care is a difficult subject to approach, especially in emergency rooms where it is often overlooked.

Objectives: To characterize the psychiatric patient care in an emergency general hospital.

Methods: Systematic review without meta-analysis. A total of 20 articles were effectively used, which are derived from databases Scielo and Science Direct.

Results: The stigma of insanity is frequent, even among health professionals, and this makes the patient lose his citizenship, suffer prejudice and be segregated by the society. The mere presence of a history of mental illness leads many doctors to underestimate patients' somatic complaints, resulting in diagnostic errors, often severe. The absence of a psychiatric unit to support emergency unit decreases the quality of service provided to the patient as well as overwhelm health professionals. Most qualified professionals in the care of psychiatric patients are better able to cope with stress in emergency situations, resolving them more effectively.

Conclusions: Brazilian literature is scarce, but questions concerning to the care of psychiatric patients are apparent in everyday emergencies. The presence of adequately trained staff in a psychiatric unit in support of emergency units and strategies to combat stigma against the holder of psychiatric illness are of paramount importance for a safe and effective care for psychiatric patient in emergency units.

Keywords: psychiatry, emergency hospital services, mental health, social stigma.

SUMÁRIO

RESUMO	iv
ABSTRACT	v
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	2
3. OBJETIVO	6
4. MÉTODO	7
5. RESULTADOS	8
6. CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	15
NORMAS ADOTADAS	18

1. INTRODUÇÃO

Na condição de aluna do curso de graduação em Medicina, tive a oportunidade de presenciar inúmeras situações de atendimento a pacientes com problemas psiquiátricos em emergências gerais de diversos hospitais. Nesse sentido, este trabalho vem ao encontro de muitas dúvidas e incertezas que foram plantadas em mim durante estes momentos.

A literatura nacional sobre o assunto é escassa, embora o problema seja claro e vivenciado por todos que trabalham em emergências gerais ou que por ela passaram, como eu. A estigmatização do paciente psiquiátrico e a dificuldade da equipe de saúde em caracterizar a doença mental como algo palpável contribuem para que o assunto seja considerado difícil de lidar ou mesmo de pouca importância.

O que se vê é uma crescente demanda por atendimento psiquiátrico na rede de atenção geral desde o início do processo de reforma psiquiátrica e conseqüentes ações visando a desinstitucionalização nos anos 70. Coincidentemente, nessa mesma época, o mundo passava por uma grande reestruturação. Estados-nações passaram a reivindicar autonomia, voltando-se para as questões nacionais e para a democracia. Em termos econômicos, a economia de mercado iniciou sua escalada para a hegemonia, o mercado, como fenômeno global, tornou-se cada vez mais complexo, reformularam-se suas práticas e criaram-se novos desejos e necessidades de consumo. No contexto cultural, os intelectuais, ao questionar o *establishment* e suas formas de controle, impulsionaram a reivindicação de direitos e autonomia. Os artistas, por meio de manifestações artísticas, contestaram valores e normas implementados pela sociedade do controle. O teatro sofreu revoluções, o cinema mundial diversificou seus argumentos e roteiros.

A reforma psiquiátrica, no Brasil, manifestou-se a partir de meados dos anos 80 por um movimento anti-manicomial, que apoiou muitas mudanças e benefícios para os pacientes, antes asilados e negligenciados. Porém, infelizmente, atualmente a maioria das emergências gerais ainda não possuem infra-estrutura adequada ou equipe treinada para o atendimento adequado do paciente psiquiátrico.

Este trabalho contempla uma revisão de literatura sobre o tema, abordando questões pertinentes ao atendimento do paciente psiquiátrico em emergência geral, como estigmatização e atendimento a pacientes psiquiátricos portadores de condições clínicas associadas.

2. MARCO TEÓRICO

A loucura é tão antiga quanto a existência do homem sobre a face da terra.

A história da doença mental ou da loucura é relatada desde os primórdios da civilização, onde em muitos casos a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte para morrer de fome ou por ataque de animais¹.

Os primeiros registros daquilo que se conhece hoje como estigma vieram com os gregos. Eles criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais ou “*stigmata*”, feitos com cortes ou fogo, ofereciam informações sobre o seu portador, mostrando se este era um escravo, traidor, criminoso ou ritualmente poluído. Mais tarde, na Era Cristã, dois níveis de metáfora foram acrescentados ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico².

Para Goffman, existem três tipos de estigma: 1. anormalidades do corpo (deformidades físicas), 2. culpas de caráter individual (alcoolismo, homossexualidade, desemprego), 3. estigmas tribais de raça, nação e religião.

Becker³ deu continuidade a este conceito ressaltando que os grupos sociais criam normas, cujas infrações constituem desvios e as pessoas que infringem estas normas são rotuladas como diferentes das demais. De acordo com seu ponto de vista, o estigma não é característica da atitude da pessoa, mas uma consequência da aplicação de normas sociais.

Anos mais tarde, Jones⁴ e colaboradores, a partir da observação do estudo de Goffman, falam que o estigma é a relação existente entre o atributo e o estereótipo, ou seja, é uma característica (atributo) que aproxima a pessoa de características indesejáveis (estereótipo).

Pouco depois, Stafford e Scott⁵ definiram o estigma como sendo uma característica da pessoa contrária à norma social. Crocker⁶ e colaboradores sugeriram que a pessoa estigmatizada possui, ou acredita que possui, um atributo que é desvalorizado em contextos sociais particulares.

Tempos mais tarde, Reingold⁷ ampliou os tipos de estigma propostos por Goffman para cinco grupos: 1. comportamentos, 2. anormalidades estruturais, 3. anormalidades funcionais, 4. doenças contagiosas, 5. outros (câncer).

Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal.

A noção de "ser humano normal" pode ter sua origem na abordagem médica da humanidade, ou nas tendências das organizações burocráticas em grande escala, como a Nação-Estado, de tratar todos os seus membros como iguais em alguns aspectos. Quaisquer que sejam suas origens, ela parece fornecer a representação básica por meio da qual os leigos usualmente se concebem².

Nas doenças mentais, o estigma provém do medo do desconhecido e de falsas crenças que originam a falta de conhecimento e a não compreensão da situação. O estigma nestes casos isola o indivíduo em relação aos outros, como se fosse uma pessoa marcada por antigas crenças da doença. Por causa desta discriminação, quando em contato com novas oportunidades de relacionamentos ou de emprego, a pessoa que tem ou teve uma doença mental se esconde atrás de um "disfarce", de modo a manter sua identidade secreta. Este disfarce é resultado do medo de ser rejeitado ou desvalorizado devido a uma doença, como se esta fosse um mal⁸.

Ao longo de toda a modernidade, o espaço da loucura e dos loucos foi, por excelência, o da exclusão. Considerados inaptos, desrazoados, imorais, indisciplinados, os loucos foram mantidos fora do convívio social. Na passagem do século XIX para o XX, no entanto, as formas de classificação e tratamento dos doentes mentais foram objeto de duras críticas por parte de muitos médicos, psiquiatras, filósofos, historiadores, sociólogos, entre outros profissionais. No período pós-Segunda Guerra Mundial, essas críticas se intensificaram, agora intimamente relacionadas às questões dos direitos humanos e dos direitos à cidadania.

Marcado pelo desejo de mudanças, o pensamento da contracultura, típico da década de 70, encontrou adeptos entre aqueles que, de alguma forma, reivindicavam seus direitos à cidadania e à diferença. No entanto, essa constante busca da igualdade de direitos, a negação dos valores tidos como normais, a contestação dos modelos vigentes, acabaram levando muitos dos jovens contestadores a serem taxados de subversivos, em uma época em que questionar era visto pelo *establishment* como transgressão ou crime. Por este motivo, muitos foram perseguidos, exilados, presos, principalmente em países de regimes políticos ditatoriais (o Brasil entre eles) ou, como aconteceu principalmente nos EUA, foram classificados como loucos e encerrados em asilos e hospitais psiquiátricos, mantidos fora do convívio social.

Nessas instituições eram submetidos a diversas formas de tratamento, algumas tão violentas que, em vez de promover a cura, mais constituíam punição⁹.

Contrários a essas formas violentas de tratamentos da doença mental, alguns psiquiatras começaram a questionar a psiquiatria da forma como era praticada. Marcados pelo pensamento “de esquerda”, David Cooper, Ronald Laing e Gregory Bateson, entre outros, formaram a base da antipsiquiatria. Esse movimento questionava a psiquiatria em seu cerne, negando a maneira como se empregava o tratamento tradicional da loucura.

No Brasil, a expressão do pensamento antipsiquiátrico culminou, a partir da reforma psiquiátrica, com o Movimento Anti-manicomial que nasceu nos anos 80, pensando no indivíduo doente, asilado e exilado da sociedade, da necessidade de abrigar, proteger, cuidar, investigar, diagnosticar e tratar estes indivíduos de forma a reabilitá-los para o convívio em sociedade.

Surgem, nesse contexto, os Núcleos de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), os Núcleos de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Outros fatores contribuem para a emergência e a amplitude do movimento no Brasil, o principal deles é a intensa mobilização nacional pela anistia e pela redemocratização¹⁰.

Os primeiros passos em direção as mudanças que vemos hoje foram a transformação do modelo clássico em um modelo preventivo/comunitário, considerado tecnicamente mais correto e socialmente mais humano, pois procura inverter as ordens de prioridade dos recursos assistenciais, aproximando-os mais rigorosamente das demandas específicas da população¹⁰.

Apesar de apresentar-se em oposição ao modelo clássico (que utiliza a racionalidade teórico-causal organicista, baseia-se nos princípios da periculosidade e da irracionalidade da doença mental e sustenta-se na instituição asilar como estratégia básica de intervenção), não substituí este referencial por um outro, mas, na verdade, utiliza-se dele como marco explicativo-causal e epidemiológico para a nova organização assistencial que se propõe¹⁰.

O grande marco do movimento de reforma no Brasil, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica, em vigor desde 2001, estabeleceu novos parâmetros para o tratamento destes pacientes, assegurando o direito ao acesso ao sistema de saúde e à proteção contra certos tipos de abusos ou explorações. A lei garante o acesso do paciente ao ambiente terapêutico, preferencialmente comunitário, onde deve ser amparado por cuidados médicos, tendo o seu tratamento realizado da forma menos invasiva possível¹¹.

Infelizmente, os pacientes em situações de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública. Até a reforma na assistência à saúde mental, a maioria destes pacientes era atendida nas portas de entrada dos manicômios, de forma improvisada nos diversos serviços de saúde não psiquiátricos, ou ainda em abordagens não médicas, como serviços de polícia e religiosos¹². Frente às mudanças ocorridas nas políticas de saúde mental, as emergências gerais passaram a ser confrontadas com uma realidade para elas muitas vezes assustadora: o atendimento ao paciente psiquiátrico. Nessas situações, profissionais, muitas vezes não capacitados para tal, atendem pessoas com transtorno mental, na maioria das vezes em crise e manejam situações clínicas em pacientes portadores de doença psíquica¹³.

Segundo Barros e colaboradores⁹, os leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais permitem uma redução de estigmas e preconceitos bem como uma aproximação com as outras especialidades médicas, determinando um cuidado mais universal aos pacientes. Por mais que as internações psiquiátricas em hospitais gerais tenham vantagens na avaliação diagnóstica e no manejo clínico dos pacientes em relação às internações tradicionais, ainda existem obstáculos para a implantação de setores específicos de atendimento ao paciente psiquiátrico nas emergências gerais¹². Tais limitações e alternativas para atenuá-las constituirão a pauta de discussão neste trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral:

Caracterizar o atendimento ao paciente psiquiátrico em uma emergência de hospital geral.

3.2. Objetivos específicos:

- Discutir a necessidade de emergência psiquiátrica como unidade de apoio á emergência geral;
- Avaliar a necessidade de pessoal capacitado na área psiquiátrica nas emergências gerais;
- Analisar como é tratada a doença física no paciente psiquiátrico;
- Verificar a existência de estigma em relação ao paciente psiquiátrico.

4. MÉTODO

O seguinte trabalho foi escrito na forma de uma revisão sistemática sem metanálise.

Foram utilizadas as bases de dados Science Direct, Scielo e revistas especializadas não indexadas nestas bases, tais como Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. As palavras chaves utilizadas foram psiquiatria, estigma social, serviço hospitalar de emergência, saúde mental e loucura e seus correspondentes em inglês.

Foram incluídos artigos com enfoque na estigmatização da doença psiquiátrica, artigos relacionados ao atendimento do paciente portador de doença psiquiátrica nas emergências e em centros especializados, manuais e *guidelines* sobre atendimento ao paciente psiquiátrico, textos sobre loucura e doença mental, artigos sobre o movimento antimanicomial e outros textos que foram selecionados a partir das referências dos artigos escolhidos.

Os textos selecionados foram disponibilizados na íntegra utilizando rede RAS, seu resumo fornecido em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos da seleção artigos relacionados a crianças e adolescentes, estudos sobre uso de medicações, patologias psiquiátricas específicas e uso de drogas ilícitas.

Foram obtidos um total de 3933 artigos (290 provenientes da base Scielo, 3586 da Science Direct e 57 dos Cadernos Brasileiros de Saúde Mental). Destes, 137 atenderam aos critérios de inclusão. Após leitura minuciosa dos 137 artigos, foram excluídos 117 uma vez que, apesar dos resumos inicialmente atenderem aos critérios de inclusão, os artigos na íntegra não continham dados que respondessem aos objetivos da pesquisa. Sendo assim, um total de 20 artigos foram utilizados na confecção deste trabalho.

5. RESULTADOS

5.1. Construindo um atendimento melhor

A maior parte das clínicas e hospitais psiquiátricos dão ênfase ao tratamento de pacientes cronicamente enfermos. Sendo assim, as unidades de emergências gerais recebem grande número de pacientes psiquiátricos que se encontram em crise, necessitando de atendimento de emergência.¹⁴ Há duas razões grandes razões para essa necessidade: primeiro, muitas doenças físicas se manifestam ou estão associadas a transtornos psiquiátricos. Segundo, muitas situações de emergências psiquiátricas confundem-se com situações de emergências clínicas (principalmente as tentativas de suicídio) e devem, portanto, serem tratadas de forma conjunta entre a equipe de profissionais da emergência e a equipe de saúde mental.¹⁵

O pesquisador Solomons, no ano de 2011¹⁶, conduziu um estudo com enfermeiros e médicos onde estes foram entrevistados quanto a sua percepção relacionada à importância do serviço de Psiquiatria de apoio nos serviços de emergência. Os entrevistados citaram entre outros, que um serviço de psiquiatria de apoio seria essencial para o atendimento ao paciente sob muitas óticas. A concepção de que a psiquiatria é algo a parte dentro da medicina, leva os profissionais não capacitados a se sentirem impotentes diante do atendimento ao paciente psiquiátrico. Desta forma, mesmo os profissionais que atendem frequentemente pacientes portadores de condições como depressão e delírium julgam o manejo de pacientes com doenças mentais severas como sendo algo desafiador.

Outro ponto relevante na implantação de um serviço de psiquiatria nas unidades de emergência e, certamente o mais positivo, é o próprio paciente. Um local apropriado, seguro e com pessoal capacitado proporciona um atendimento especializado para o suporte ao paciente em crise, podendo estender a atenção à sua família, que nestes casos, sente-se perdida e abandonada à sua própria sorte.

Para alcançar um cuidado de excelência, o relatório conjunto de 2003 do Royal College of Physicians e da Royal College of Psychiatrists recomenda que as unidades de emergência possuam acesso a um serviço de psiquiatria (incluindo enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais e residentes de psiquiatria, liderados por um psiquiatra com treinamento especial em interconsulta psiquiátrica) que deve ser estabelecido em todos os hospitais gerais. Ainda segundo tais recomendações, o serviço de Psiquiatria de apoio para

uma unidade emergência geral deve funcionar, pelo menos, das 09.00h às 17.00h, considerando um hospital de porte regional.¹⁷

Outro ponto de destaque no atendimento de urgência /emergência é assinalado por Jim Bolton, em 2009: a segurança da equipe assistente, a qual deve ser colocada como prioridade. Para tal, algumas sugestões poderiam ser aplicadas, tais como: sala espaçosa dentro da própria emergência, pintada e decorada em cores claras, com mobília confortável e pesada que não possa ser facilmente levantada ou usada como arma, duas portas com janelas de observação cujas fechaduras não estejam ao alcance do paciente e um "botão do pânico". O estudo recomenda ainda que exista policiamento adequado de toda a unidade.¹⁵

Outros pontos relevantes quanto ao estabelecimento de um serviço de psiquiatria nas unidades de emergência geral são a integração clínica-psiquiatria, no intuito de fornecer um atendimento completo ao paciente com doença mental; a melhor comunicação entre médicos e enfermeiros, melhorando substancialmente o atendimento prestado e aumentando a sua segurança uma vez que todos estão envolvidos no processo de tomada de decisão.

Outro desafio encontrado pela equipe de saúde mental é a insuficiência de leitos nos serviços de internação psiquiátrica, o que leva muitos pacientes a passarem parte ou toda a sua estadia no hospital, em uma unidade inapropriada para o seu problema. Essa questão é particularmente importante em pacientes com ideação suicida, que necessitam de um ambiente mais seguro.

Existe ainda um grau de preocupação sobre de quem é a responsabilidade sobre o paciente quando ele é visto simultaneamente pelo serviço de clínica e pela psiquiatria. Os médicos generalistas alegam que não estão familiarizados com a doença mental do paciente e não se sentem capazes de manejá-la adequadamente. Os psiquiatras, por sua vez, queixam-se de não possuírem dados suficientes sobre a condição clínica do paciente para que estes possam receber alta.¹⁶

Com base nos dados aqui apresentados, mostra-se de suma importância a implementação de um serviço de psiquiatria de apoio junto ao serviço de emergência geral uma vez que, tanto do ponto de vista do paciente quanto da própria equipe de saúde, tal medida constitui-se num grande avanço na qualidade do atendimento prestado, bem como na garantia do direito à cidadania que a esses indivíduos deve ser assegurada.

5.2. Atendimento especializado

O papel das unidades de emergência é identificar e tratar doenças agudas, incluindo pacientes com problemas mentais agudos. O número e o tipo de patologias psiquiátricas de um serviço de emergência depende de sua área de abrangência, população atendida e número de serviços de saúde mental nos arredores. Estima-se que 5% dos pacientes atendidos em unidades de emergência do Reino Unido, apresentem um problema psiquiátrico primário e outros 20 - 30% apresentam sintomas psiquiátricos relacionados a doenças físicas.¹⁴

O desconhecimento, o despreparo e a falta de capacitação para atender o doente mental nas emergências foram os temas mais recorrentes na coleta de dados do artigo de Campos e Teixeira¹⁸. Os depoimentos dos profissionais de saúde são carregados de ansiedade, pois com ou sem capacitação adequada, o paciente estará ali e o atendimento deverá ser prestado imperativamente.

Desta forma, acredita-se na importância de repensar a formação profissional de saúde no que tange o ensino de disciplinas de psiquiatria para atendimento em unidades de emergência. Acredita-se no valor acadêmico e científico do conhecimento das patologias psiquiátricas, mas os alunos dos cursos da área da saúde também necessitam entender o sofrimento psíquico que o paciente vivencia no momento de seu atendimento em situação de urgência/emergência. Sem esse conhecimento os profissionais não estarão instrumentalizados para minimizar este sentimento e atender de forma digna o paciente.

Percebe-se também que a forma como são ministradas estas disciplinas em outros cursos da área da saúde, tem fundamental importância na formação destes profissionais, pois a dificuldade de lidar com o doente mental, não é privilégio apenas de médicos, abrangendo as diversas categorias profissionais.¹⁸

Segundo Freire Costa¹⁹, os profissionais têm a tendência a imaginar que os distúrbios psíquicos são como uma essência pela qual se origina a doença; acreditam ainda no dogma da neutralidade na relação terapeuta-cliente, em que ambos são vistos e concebidos como sujeitos ideais, destituídos de suas condições sociais, das diferenças e a “crença” mais complexa de todas para o autor, pois pressupõe uma mudança de referencial na forma de conceber a comunicação.

A realidade mostra através da visão que tais profissionais possuem, é que, ao longo dos anos, as pessoas foram graduadas para uma realidade altamente tecnológica, com enfoque na individualidade e na ação curativa, centralizada na doença em si, marginalizando assim, as

questões sociais e os demais fatores e determinantes da vida. A formação universitária parece ter produzido profissionais de saúde que, independentemente da área, apresentam as mesmas características. Ao analisarmos os tipos de tratamentos propostos, percebe-se que estes têm como base não o doente, mas a doença, transformando a pessoa do doente em uma questão técnica a ser resolvida²⁰. A formação tem sido direcionada pela lógica objetiva, a qual privilegia a competência técnica em detrimento da sensibilidade social, desconsiderando o ponto de vista do paciente¹.

5.3. Doença da mente e do corpo

Estudos mostram que doença psiquiátrica, segregação e estigmatização infelizmente andam muito próximas.

Na pesquisa conduzida por Mark A. Graber e colaboradores²¹ no estado norte-americano de Iowa no ano de 2000, foram enviados questionários para 300 médicos de família, contendo dois casos clínicos hipotéticos de doenças agudas potencialmente fatais (cefaléia de forte intensidade e dor abdominal severa). Os médicos foram divididos randomicamente em três grupos que receberam dados clínicos hipotéticos de pacientes que diferiam entre si em relação à história prévia do paciente da seguinte forma:

Grupo 1: não foi fornecida nenhuma história médica passada.

Grupo 2: paciente possuía uma história prévia de depressão.

Grupo 3: paciente possuía uma longa história de queixas somáticas sem achados físicos.

Os resultados mostraram que os médicos são menos propensos a acreditar que um paciente seja portador de uma condição clínica relevante quando há história prévia de depressão (30% dos pacientes com cefaléia e 36% dos que tinham dor abdominal foram considerados realmente doentes) ou doença psicossomática (21% nos pacientes com cefaléia e 30% naqueles com dor abdominal) em comparação com os pacientes cuja história prévia não revelava histórico de doença psiquiátrica (39% nos pacientes com cefaléia e 46% nos com dor abdominal). Os médicos de família requisitavam ainda menos exames adicionais para os pacientes com história prévia de distúrbio psiquiátrico em comparação aos pacientes sem história anterior.²¹

Tais dados corroboram com a idéia de que os médicos, como qualquer outro profissional, cometem erros quando analisam dados. Alguns dos fatores que influenciam

negativamente os médicos em sua tomada de decisão são a ordem²² como os dados são apresentados, a proporção de resultados negativos e positivos em experiências anteriores²³, a raça e o sexo do paciente²⁴, e ainda, o comportamento do paciente²⁵.

Com base nos dados apresentados, pode-se inferir que existe um viés no atendimento do paciente psiquiátrico. Mesmo quando o quadro clínico parece estar relacionado a uma condição orgânica, os profissionais da área médica tendem a tomar condutas distintas quanto ao prognóstico e ao seguimento do paciente tendo como base, apenas dados subjetivos da história pregressa de doença psiquiátrica.

5.4. Sobre o estigma e a estigmatização

Apesar de a ciência caminhar a passos largos em todas as áreas, inclusive na área da saúde, as doenças mentais permanecem de certa forma obscuras perante a medicina e, embora muito se tenha avançado em neurociência, ainda não há uma causa que realmente explique estas doenças tão estigmatizantes. No entanto, a despeito de tantas dúvidas e incertezas, o adoecer psíquico é facilmente percebido, pois, em geral, os indivíduos que adoecem apresentam comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Assim, não sendo entendida pela comunidade como doenças de causas totalmente conhecidas, têm sua definição pela determinação cultural e de valores e não apenas por fatores biológicos. Desta feita, predomina o paradigma da exclusão social, que se resume no isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais. Isolamento este que se desenha na família, na comunidade e até mesmo nos serviços de saúde, onde a pessoa acometida da doença deveria encontrar alívio para suas dores. A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade.²⁶

Na prática, observa-se que até mesmo médicos concordam com a existência de um estigma sobre o paciente com doenças psiquiátricas e esta experiência é vivenciada de diferentes formas pela equipe de saúde e pelo próprio paciente²⁷, o qual já se encontra fragilizado, transtornado e ameaçado pelo emaranhado de pensamento que ele não consegue administrar.

Liggins e Hatcher²⁷, relatam as formas mais frequentes de exteriorizar esta percepção do estigma pela equipe de saúde:

- Isso me assusta e eu me sinto desconfortável: "Não sabemos o suficiente sobre doenças mentais como sabemos sobre dor no peito (...) Eu acho que a falta de conhecimento exacerba o nosso medo, tornando-o pior"

- Eles não tem jeito: "Eu não sei mais o que fazer com ele". A crença de que o paciente psiquiátrico tem um prognóstico ruim, faz com que os médicos não saibam como manejá-lo apropriadamente.

Em contrapartida, os pacientes acreditam que são tratados de forma diferente em função do rótulo que receberam. Eles se sentem julgados e, freqüentemente, ignorados.

- Eu não gosto de estar doente: "Eles (os médicos) não estão melhorando nada ao dizer que prefeririam não estar aqui hoje, eu também preferiria estar em casa" .

- Eu não sou igual aos outros: "é como se as pessoas estivessem cansadas de você, como se perdessem o interesse... é como ser rotulado e categorizado".

Deste modo, entende-se que a presença ou mesmo a suspeição de doença psiquiátrica, tem um impacto negativo tanto para o paciente, quanto para a própria equipe de saúde. As doenças mentais são vistas como assustadoras, imprevisíveis e emocionalmente exaustivas e a falta de conhecimento, é o principal fator contribuinte para o medo e a incerteza dos profissionais e pacientes.²⁷

Esta visão mistificada da doença mental contribui para a estigmatização do paciente, seja no ambiente hospitalar, seja na própria sociedade. O estigma é assinalado através da concepção de que, a doença não é doença e sim, uma incapacidade pessoal que o paciente possui sobre ele próprio.¹

"A cidadania não é um atributo dos iguais, dos normais, dos que podem decidir de forma convencional. Os diferentes, os bizarros, os estranhos devem ter seus direitos garantidos. A equidade, ou seja, a disposição de atender igualmente aos direitos de cada um, passa a ser a utopia a ser perseguida. Substitui-se a homogeneidade, a pasteurização dos sujeitos pelo reconhecimento das suas singularidades."²⁸

6. CONCLUSÃO

A literatura nacional é escassa, porém as questões pertinentes ao atendimento do paciente psiquiátrico transparecem no cotidiano das emergências gerais dos hospitais. Nesse sentido, devem ser incentivadas as pesquisas referentes à caracterização do atendimento ao paciente psiquiátrico em todas as suas esferas.

A capacitação adequada dos profissionais diminui a ansiedade dos mesmos além de aumentar sua resolutividade em situações de emergência psiquiátrica. A presença de um serviço de psiquiatria de apoio à unidade de emergência geral constitui medida de extrema importância, visto que assegura um atendimento multidisciplinar de qualidade em uma estrutura adequada. A informação é a principal estratégia no combate ao estigma relacionado à doença psiquiátrica e deve ser difundida entre a comunidade leiga, equipes de saúde e alunos dos diversos cursos ligados às ciências da saúde.

Tais medidas são relevantes para um atendimento seguro e eficaz ao o paciente psiquiátrico nas unidades de emergência, o que também preserva a segurança da equipe de profissionais envolvidos.

A análise destes artigos nos mostra a complexidade do atendimento ao paciente psiquiátrico, seja sob a ótica do paciente ou de quem o trata. Estar doente é, em essência, uma condição de perda para este paciente, onde ele muitas vezes experimenta a perda de suas capacidades físicas, mentais, de seus laços afetivos, de sua valorização na sociedade, de suas relações e de sua cidadania.

Conhecer sua condição holística, pressupõe romper os laços com a estigmatização de sua doença e, rompendo estes laços, o indivíduo mantém-se livre para exercer todos os direitos que lhe são assegurados por força da lei, da moral e da ética.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues CR. Reificação e saúde mental: representações de profissionais pacientes e seus cidadãos [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2001.
2. Goffman E. *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
3. Becker H. *Outsiders: studies in sociology of deviance*. New York: Free Press; 1963.
4. Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller DT, Scott RA. *Social Stigma: the psychology of marked relationships*. New York: Freeman and Company; 1984.
5. Sttaford MC, Scott RR. Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In: Ainlay SC, Becker G, Coleman LM, editors. *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum; 1986.
6. Crocker J, Major B, Steele C. Social Stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST, editors. *The handbook of Social Psychology*. Boston: Mc Graw Hill; 1998 . p.504-53.
7. Reingold AL. The study of stimatizing conditions: an epidemiologic perspective. *Stigma and Global Health: developing a research agenda 2001*.
8. Fernandes PT, Li LM. Percepção de Estigma na Epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2006; 12(4):207-218.
9. Barros REM et al. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2010;32:2:S71-S77.
10. Amarante P. A Trajetória do Pensamento Critico em Saúde Mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In. KALIL, M Eunice Xavier. (1992), *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. São Paulo:Hucitec.

11. Santos MESB, Amora JA, Del-Benb CM , Zuardib AW. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):468-74.
12. Oliveira WV. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. História, Ciências, Saúde. 2011;18(1): p.141-154.
13. Lüchmann, LHH, Rodrigues, J. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva.2007;12(2):399-407.
14. Bolton J. Psychiatry in the emergency department. Psychiatry and Medicine. 2009;8:6:185-188.
15. Kewley T, Bolton J. A survey of liaison psychiatry services in general hospitals and accident and emergency departments: do we have the balance right? Psychiatric Bulletin July. 2006/ 30:260-263.
16. L.C. Solomons et al. Quality of psychiatric care in the general hospital: referrer perceptions of an inpatient liaison psychiatry service. General Hospital Psychiatry. 2011;33:260–266.
17. Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists (2003) The Psychological Care of Medical Patients: A Practical Guide (Council Report CR108). London: Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists.
18. Campos CJG, Teixeira MB. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. Rev Esc Enf USP. 2001; 35 (2): 141-9.
19. Costa, JF. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico dos grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus; 1989.
20. Figueiredo MAC. Profissionais de saúde e atitudes frente à imunodeficiência adquirida: um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein e Ajzen (1975) [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1994.

21. Graber M, Bergus G, Dawson J, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med.* 2000;15:204–6
22. Bergus GR, Chapman GB, Gjerde C et al. Clinical reasoning about new symptoms despite preexisting disease: sources of error and order effects. *Fam Med.* 1995;27:314-20.
23. Eggin TK, Feinstein AR. Context bias: a problem in diagnostic radiology. *JAMA.* 1996;76:1752-5.
24. Schlman KA, Berlin J, Harless W et al. The effect of race and sex and physicians' recommendations for cardiac catheterization. *N England J Med.* 1999;340:618-26.
25. Birdwell BG, Herbers JE, Kroenke K. Evaluating chest pain: the patient's presentation style allers the physician's diagnostic aproach. *Arch Intern Med.* 1993;53:1991-1995.
26. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(1):123-7.
27. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry.*2005;27:359–364.
28. Pitta AMF, Dallari SG. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde o Brasil. *Saúde em Debate.* 1992;36:19-23.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**