

Internação Psiquiatra

Necessidades e Cuidados

“A gravidade de uma doença exige ação enérgica e decisiva, não permitindo contemporização com recursos demorados que levarão ao agravamento à cronicidade ou à morte”

Quando se pensa em **internação psiquiátrica**, algumas perguntas saltam à mente de quem está envolvido no assunto, seja o paciente, os familiares, a equipe médica ou o próprio psiquiatra. Quando é necessária a hospitalização? Porque hospitalizar? Com que urgência? Qual o tratamento mais adequado? Que benefícios terá o paciente?

Inicialmente gostaria de esclarecer que o termo internação pode ser confundido com detenção ou aprisionamento. Mais correta e adequada para este procedimento médico-psiquiátrico é a palavra **hospitalização**, pois trata-se de uma exigência médica que necessita de maiores cuidados e proteção para o paciente.

Este tema desperta nos autores uma vontade de levar a público uma experiência de longa data no que diz respeito a hospitalização.

Há mais de vinte e cinco anos trabalhando com pacientes que necessitam de tratamento psiquiátrico, tanto em nível hospitalar como de consultório, sentimo-nos inteiramente à vontade e com compromisso de transmitir conhecimentos que, com certeza, serão de grande utilidade para quem nos honrar com a leitura desta obra. Fazemos questão de salientar que unimos a teoria e a prática à luz do ensinamento de diversos mestres em psiquiatria, entre os quais citamos o saudoso Luiz Ciulla, pai de Abelardo Ciulla e avô de Leandro Ciulla.

A moderna prática médica apresenta uma forte tendência em evitar a hospitalização do doente mental. Entretanto, certas eventualidades, como perigo sério de suicídio, a violência de pacientes incontroláveis ou catatonia, requerem hospitalização. Outras classes de pacientes como dependentes de álcool e drogas, portadores de formas graves de transtorno obsessivo-compulsivo reagem melhor e estariam mais seguros se o tratamento for iniciado pela hospitalização.

Usa-se como consenso de tratamento a alternativa menos restritiva. De acordo com este preceito, a hospitalização deve ser indicada apenas quando nenhuma alternativa menos restritiva estiver disponível; sempre levando em consideração a gravidade do caso psiquiátrico.

A nossa responsabilidade é garantir a vida, a saúde e a dignidade dos pacientes, fazendo-os retornar a sua personalidade pré-morbida (personalidade que o paciente tinha antes de manifestar os sintomas da doença) Por isso é importante o diagnóstico preciso e a adequada e rápida, para que não haja risco de vida do paciente e também de outras pessoas.

A gravidade de uma doença exige ação enérgica e decisiva, não permitindo contemporização com recursos de demorados que levem ao agravamento, à cronicidade ou até a morte.

Abordaremos, a seguir, as indicações ou as necessidades de hospitalização que mais comumente ocorrem:

- Risco de tentativa de suicídio
- Risco de agressão, paciente violento ou agitado
- Surto psicótico: mania, catatonia, esquizofrenia-paranoide.
- Transtornos relacionados a substâncias: (distúrbios mentais de comportamentos derivados de uso de substâncias psicoativas: álcool e outras drogas.

Riscos e Tentativa de Suicídio:

a) Risco de suicídio: O suicídio não é sinal de loucura nem demonstração de coragem. A alta incidência de suicídio não é devida a modernidade ou tensões da civilização. A freqüente atual não é substancialmente diferente daquela existente no passado.

O suicídio é um problema exclusivamente humano. Muitos animais podem matar, mas somente o homem pode decidir a matar a si próprio.

Não é verdade que pessoas que ameaçam suicidar-se, nunca concretizem esse ato. A maioria das pessoas que tentam o suicídio avisa previamente alguém, através de mensagens verbais tais como: A vida não tem sentido a melhor solução seria morrer. Afirmações repetidas de que estaria melhor morto. Atitudes, quando deprimidos, do tipo fazer testamentos, comprar armas, comprar a roupa do próprio funeral.

A depressão é o precursor mais comum do suicídio. O indivíduo deprimido que apresenta os seguintes sintomas de forma intensa como:

- Sentimento de perda do valor pessoal e de desespero;
- Culpa, especialmente em relação à morte de parente;
- Desejo intenso de punição;
- Isolamento e infelicidade;
- Agitação e ansiedade externas;
- Perda dos quatro apetites: fome, sexo, sono e atividade.

Pacientes psicóticos que são impulsivos e desconfiados, com medos inadequados ou sujeitos a estado de pânico, merecem cuidados especiais. O risco é intensificado quando o paciente ouve vozes que lhe ordenam de se mate.

Outros sinais de perigo seriam doenças crônicas graves que podem levar ao suicídio como complemento final de uma resposta depressiva à própria doença: **cirurgias recentes mutiladoras, psicose pós-parto. Alcoolismo e dependência de**

drogas em função dos efeitos de enfraquecimento dos controles. Tudo isso pode contribuir para o impulso suicida.

A falência econômica, a ausência de amigos e a falta de perspectivas para o futuro causam às pessoas um desestímulo a vida.

Familiares e amigos de pessoas que manifestam os comportamentos acima relacionados devem estar atentos a essas mudanças e buscar tratamentos psiquiátricos.

b) Tentativa de suicídio: A tentativa e suicídio exige uma urgência médica psiquiátrica.

É responsabilidade do psiquiatra prestar ajuda médica imediata e prevenir futuras tentativas. Se houver lesões físicas deverão ser prestados os cuidados médicos e logo após o restabelecimento físico do paciente deverão ser investigadas as razões da tentativa e a “severidade” desse desejo. As atitudes do paciente frente a morte e a suas expectativas das conseqüências de seu ato são muito importantes. O paciente pode ser encaminhado para um tratamento ambulatorial, se a tentativa de suicídio tiver fins claramente manipuladores. A seriedade do gesto suicida, todavia, não deverá ser minimizada, visto que muitos suicidas bem sucedidos resultam de atitudes que pareciam não ter tanta intenção.

Uma vez que o paciente fez a primeira tentativa, aumenta a possibilidade de voltar a tentar novamente, seja para liberar tensões psicológicas, seja para realmente alcançar a morte.

Se o paciente tentou o suicídio e não expressa crítica e arrependimento pelo seu ato deve ser hospitalizado imediatamente.

Risco de Agressão

Paciente Violento ou Agitado

Risco de agressão ocorre em diversas situações. Em pacientes psicóticos o comportamento agressivo surge, principalmente, do medo ou raiva devido a frustrações. Raramente esse tipo de comportamento é resposta direta. Raramente esse tipo de comportamento é resposta direta a alucinação e delírios. O tratamento psiquiátrico deverá ser dirigido para aliviar a causa do comportamento agressivo.

Pacientes com reações anti-sociais e personalidades emocionalmente instáveis também podem apresentar comportamento agressivo. É importante ajudá-los a formar seus próprios controles internos, chamando-lhes a atenção sobre as conseqüências de seus atos e ajudá-los a entender as causas conscientes e inconscientes dos seus comportamentos. Todavia se isso não for possível, em situação agudas, o paciente deverá ser contido a força, de modo que sua conduta agressiva fique sob controle. Restrições físicas, como atenção mecânica, podem ser necessárias. O melhor sedativo mesmo é um psiquiatra e um enfermeiro firmes, tranquilos e se necessário uma medicação adequada. Mas se, mesmo assim, persistir a

agressividade com riscos para outras pessoas, a hospitalização se faz necessária para proteger não só os outros, como o próprio paciente.

Pacientes sob influência do álcool podem liberar seus impulsos reprimidos e se tornarem agressivos. Mas, se ao passar o efeito do álcool permanecerem no mesmo nível psicótico, com delírios e, ou alucinações, a hospitalização será necessária até a sua plena desintoxicação e controle da sintomatologia psicótica.

Surto Psicótico:

Mania, Catatonia, Esquizofrenia Paranóide.

Mania: Os pacientes maníacos mostram-se super ativos, agitados, loquazes, onipotentes, agressivos, com delírio de grandeza, eufóricos e com julgamento distorcido. À medida que o comportamento se tornar incontrolável, deverão ser hospitalizados

Catatonia: A excitação catatônica manifesta-se pelo comportamento extremamente imprevisível, freqüentemente agressivo, sem se relacionar com estímulos externos. O comportamento do paciente é bizarro e extravagante, manifesta trejeitos, maneirismo, ou atitudes posturais com rigidez séria, parecendo estátua. O paciente pode se recusar ou ser incapaz de falar; ou, ao falar sua linguagem pode ser desorganizada e incoerente. Também pode ocorrer extrema atividade, recusando-se a comer, a dormir ou descansar, devido sua excitação. Tais condutas exigem a imediata hospitalização.

Esquizofrenia Paranóide: A esquizofrenia paranóide se caracteriza por delírios persecutórios. Nas formas mais malignas, o paciente apresenta um delírio bem sistematizado no qual especifica o perseguidor pelo nome. Nesse caso necessita ser hospitalizado. Pacientes com alucinações auditivas, que lhe dão ordens, também devem ser hospitalizados, pois estas ordens podem se tornar perigosas para si ou para os outros.

Transtornos Relacionados a Substâncias

(Distúrbios Mentais ou de Comportamento Devido ao Uso de Substâncias Psicoativas: Álcool e ou outras Drogas)

Os pacientes que apresentam intoxicação ou abstinência de substâncias acompanhados de sintomas psiquiátricos que não satisfazem os critérios de um síndrome específica (como por exemplo: paranóia, depressão...) estão apresentando um quadro de dependência ou abuso de substância

Dois terços dos pacientes que apresentam intoxicação ou abstinência abusam do álcool e um terço usa outras substâncias,.

Com relação ao uso abusivo do álcool; a abstinência, diminuição ou aumento ou da ingestão, pode levar a um quadro de delirium tremens ou alucinose alcólicas.

O delírio tremens é um quadro tóxico que ocorre, como já foi dito, devido à abstinência, diminuição ou aumento da ingestão alcoólica. Os sintomas são: ansiedade, tremores, irritabilidade, agitação, insônia; seguido de alucinações visuais, frequentemente de

pequenos animais aterrorizantes. Alucinações auditivas e táteis também podem ocorrer. Nestas condições o paciente fica desesperado, desorientado, confuso, dispersivo e com pouca memória. Também apresenta taquicardia e tremor digital. Além disso, apresenta neurite periférica com hipersensibilidade nos membros inferiores, desidratação e carência de vitamina do grupo B. Pode ter convulsões e febre. Esta gravidade de sua condição geral requer hospitalização para tratamento imediato.

Alucinose alcoólica aguda (uma variedade de delirium tremens) é uma emergência muito grave, porque o paciente, devido às alucinações, pode cometer suicídio ou homicídio. Estas alucinações podem ser de natureza auditiva ameaçadora, produzindo intenso pavor, embora o sensorio permaneça lúcido. Estes pacientes também devem ser hospitalizados. O tratamento é o mesmo dos pacientes com delirium tremens. Devem ser sedados e observados intensivamente.

As alucinose alcoólica difere do delirium tremens pela presença do sensorio lúcido e pela capacidade de lembrar o episódio alucinatorio, após a recuperação.

Embora o álcool ainda seja a substância psicoativa mais freqüente, a intoxicação por outras drogas como: **solventes orgânicos** (inalantes), canalis, (maconha), **cocaína**, **anfetaminas**, **ecstasy** e outros estimulantes podem ocorrer. Em conseqüência surgem delírios, agitações, comportamentos agressivos e psicose que, pela gravidade, necessitam de hospitalização. A psicose induzida pela droga pode persistir por semanas ou meses e também pode provocar sentimentos suicidas (abstinência por cocaína). Mais recentemente a MDMA (mtilenodioximetanfetamina), um derivado da anfetamina, mais conhecida pelo nome de ecstasy, droga com alto potencial de neurotoxicidade e que causa muitas vezes lesões cerebrais irreversíveis, inclusive a morte.

CUIDADOS COM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Atualmente, a hospitalização tende ser breve e flexível, oferecendo o máximo de proteção e segurança para o paciente.

Os pacientes com distúrbios psiquiátricos deverão ser tratados com uma equipe multidisciplinar (psiquiatras, enfermeiros(as), psicólogos(as), assistente social, terapeuta ocupacional, recreacionista, fisioterapeuta, etc...). A hospitalização deve oferecer o máximo de cuidado e proteção, buscando o tratamento mais rápido, eficaz e atualizado.

Após a indicação de internação, o paciente e os seus familiares deverão ficar cientes do plano de tratamento que deverá ser indicado após uma avaliação clínica de rotina. Se houver algum problema físico, será tratado paralelamente junto ao transtorno mental. Também deverá ser feita uma avaliação neurológica e exames complementares, como eletrocardiograma, eletroencefalograma, imagens por ressonância magnética (IRM), caso o médico suspeitar de epilepsia ou lesão expansiva cerebral (tumor cerebral).

DESAZENDO MITOS E PRECONCEITOS

ABORDAREMOS A QUESTÃO DA TERAPIA ELETRO-CONVULSIVA

Conforme Kaplan e demais autores:

“A terapia eletroconvulsiva (T.E.C.) é um tratamento seguro e eficaz para pacientes com transtorno depressivo maior, episódios maníacos e outros sérios transtornos mentais. Muitos clínicos acreditam que o uso da T.E.C. como tratamento é muito menor do que deveria ser. Supõe-se que este baixo uso se deva principalmente a enganos e preconceitos acerca da T.E.C. devido, pelo menos em parte, das informações errôneas e artigos incendiários publicados pela imprensa leiga. Uma vez que a T.E.C. exige o uso de eletricidade e a produção de uma convulsão, muitos leigos, pacientes e suas famílias compreensivelmente temem a T.E.C.. Muitos relatos sem fundamento têm aparecido na leitura, tanto leiga quanto profissional, sobre supostas lesões cerebrais permanentes resultantes da T.E.C.. Embora estes relatos tenham sido amplamente refutados, o fantasma da lesão cerebral permanente induzido pela TEC persiste.

A decisão quanto a sugerir a TEC a um paciente, como qualquer outra recomendação de tratamento, deve fundamentar-se nas opções disponíveis de tratamento e nas considerações sobre riscos e benefícios. As principais alternativas à TEC, geralmente, são a farmacoterapia e a psicoterapia, ambas com seus próprios riscos e benefícios. A TEC provou ser um tratamento seguro e eficaz, e os médicos não devem permitir que seus próprios pensamentos tendenciosos privem os pacientes do tratamento eficaz.”

A internação de publicar esse artigo sobre hospitalização psiquiátrica é contribuir, esclarecer e orientando as pessoas a respeito da importância deste procedimento. A **hospitalização psiquiátrica**, inúmeras vezes, salvou vidas e evitou o agravamento e cronicidade da doença mental. É de extrema importância que o psiquiatra esteja informado e livre de preconceitos em relação aos tratamentos que levem a recuperação do doente, oportunizando uma melhor qualidade de vida para a saúde mental do paciente e das pessoas que o cercam.

Obra consultadas:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders**. 4. Ed. American Psychiatric Press. Washington, D.C., 1994.

CIULLA, Luiz. **Saúde mental Nas Etapas da Vida**. Porto Alegre: Movimento, 1976.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin j.; GREBB, Jack A.. **Compêndio de Psiquiatria Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KAPLAN, Harold.; SADOCK, Benjamin J. **Tratado de Psiquiatria**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.