

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATU SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA DE SERVIÇOS E SISTEMA DE
SAÚDE

IEDA SUZANA WALOIS RODRIGUES NASCIMENTO
SHIRLEY AZEVEDO BARRETO

**PERSPECTIVAS DA AUDITORIA. PARA DIMINUIÇÃO DO
IMPACTO DO ALCOOLISMO NAS INTERNAÇÕES DE UMA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA.**

Aracaju – SE
2007

IEDA SUZANA WALOIS RODRIGUES NASCIMENTO
SHIRLEY AZEVEDO BARRETO

**PERSPECTIVAS DA AUDITORIA. PARA DIMINUIÇÃO DO
IMPACTO DO ALCOOLISMO NAS INTERNAÇÕES DE UMA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-
graduação e Extensão da Faculdade
de Administração e Negócios de
Sergipe como exigência para
obtenção do título de Especialista em
Auditoria e Serviços e Sistemas de
Saúde.

Prof. Orientador Raimundo Saturnino

Aracaju – SE
2007

IEDA SUZANA WALOIS RODRIGUES NASCIMENTO
SHIRLEY AZEVEDO BARRETO

**PERSPECTIVAS DA AUDITORIA. PARA DIMINUIÇÃO DO
IMPACTO DO ALCOOLISMO NAS INTERNAÇÕES DE UMA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe como exigência para obtenção do título de Especialista em Auditoria e Serviços e Sistemas de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

1º Examinador

2º Examinador

3º Examinador

Aracaju, 02 de Maio de 2007

AGRADECIMENTOS

*As nossas famílias, os
nossos professores e as pessoas que
de uma forma ou outra ajudaram
na realização deste projeto.*

RESUMO

Este estudo trata-se da avaliação de uma pesquisa realizada na casa de Saúde Santa Maria, que é uma instituição destinada a prestar atendimento especializado em Psiquiatria e a população com problemas de dependência em substâncias psico-ativas.

Trata-se de um estudo documental de caráter descritivo e com abordagem quantitativa. Como recursos, coletamos dados de 457 prontuários de pacientes internados no período de Janeiro a Julho de 2005, conveniados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) com objetivo de mostrar que a maior causa de internamentos é o alcoolismo e a importância da auditoria nestes casos, tentando a diminuir o impacto do alcoolismo nas internações e definir o sexo a faixa etária e as causas mais acometidas.

Observamos que o sexo mais acometido é o masculino e que de Janeiro a Março houve sua média de 110 internamentos ao mês, passando a existir uma redução de quase 50% a partir de Abril a Junho, na média das internações. É possível que tal redução deva-se ao fato de já ter terminado os festejos carnavalescos que é onde provavelmente ocorre o maior número de internações.

Percebemos que o alcoolismo foi a maior causa no período de Janeiro a junho com total de 253 casos, em relação à Doença Mental, que teve 204 dos 457 pacientes pesquisados.

Podendo ocorrer erros nos diagnósticos dos pacientes psiquiátricos como alcoolatras. Após análise dos dados pesquisados percebeu-se um alto índice de internações e reinternações que pode ser causado pela falta de acompanhamento familiar e pela falta de ocupação, já que observamos que mais de 50% dos pacientes não tinham nenhuma ocupação.

Foi observado também que a falta de capacitação dos profissionais da rede básica de saúde aumenta ainda mais as internações, pois os pacientes psiquiátricos não têm acompanhamento ambulatorial adequado.

A auditoria, dentro dos conceitos modernos, além de analisar os custos das internações e o preenchimento dos prontuários, pode questionar a grande incidência de internações por alcoolismo nas clínicas psiquiátricas, também propor aos gestores a luz dos dados encontrando ações que minimizem o impacto das internações.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Frequência das internações por sexo	53
Tabela 02	Principais causas das Internações	54

SUMÁRIO

I – Introdução	09
II – Fundamentação teórica	11
2.1. Histórico e Serviços da Casa de Saúde Santa Maria	11
2.2 - Saúde Mental	13
2.3 – O alcoolismo como problema de Saúde Pública	16
III - Alcoolismo – Psicoses Alcoólicas	35
IV - Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil	46
V - Material e Métodos	53
VI – Discussão dos Resultados	53
VII - Considerações Finais	56
Referências Bibliográficas	59

I - Introdução

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa realizada na Casa de Saúde Santa Maria, que é uma instituição particular, destinada a prestar atendimento especializado em Psiquiatria à população com problemas de dependência em substâncias psico-ativas. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o total de pacientes internados no período de Janeiro a Junho pelo SUS (Sistema Único de Saúde) do ano de 2005, com o objetivo de levantar o perfil dos pacientes internados na Casa de Saúde Santa Maria, mostrando que a maior causa dos internamentos é o alcoolismo, a importância da auditoria nestes casos, tentando diminuir o impacto do alcoolismo nas internações. Observamos após a avaliação dos prontuários, os altos custos desses pacientes e a falta de Padronização, proporcionando o grande número de internações.

Na clinica pesquisada a principal causa de internação, foi o alcoolismo, que é um problema de Saúde Pública Mundial.

As conseqüências do mau uso do álcool são sérias e, em muitos casos, um risco à vida. Beber pesadamente pode aumentar o risco de certos tipos de câncer, especialmente aqueles do fígado, esôfago, garganta e laringe (cordas vocais). Também pode causar cirrose hepática, problemas no sistema imunológico, danos cerebrais, e prejudicar o feto durante a gravidez. Além disso, aumenta o risco de morte por acidente de carro, acidentes recreacionais, e acidente de trabalho, como também aumentam a probabilidade de homicídios e suicídios.

O alcoolismo também conhecido como “síndrome da dependência do álcool”, é uma doença caracterizada pelos seguintes elementos:

- Compulsão: uma necessidade forte ou desejo incontrolável de beber.

- Perda de controle: a inabilidade freqüente de parar de beber uma vez que a já começou.
 - Dependência física: a ocorrência de sintomas de abstinência, como náuseas, suor, tremores, e ansiedade, quando se pára de beber, após um período bebendo-se muito. Tais sintomas são aliviados bebendo-se álcool ou tomando-se outra droga consecutiva.
 - Tolerância: a necessidade de aumentar a quantidade de álcool para sentir-se “alto”.
- (Nem todos estes problemas precisam ocorrer juntos).

O alcoolismo tem pouco a ver com o tipo de álcool que uma pessoa bebe, há quanto tempo à pessoa bebe ou até mesmo exatamente quando álcool uma pessoa bebe. Porém tem muito a ver com a necessidade incontrolável por álcool. Esta descrição do alcoolismo nos ajuda a entender porque a maioria dos dependentes de álcool não consegue se valer só de força de vontade para parar de beber. Estas pessoas estão sob a forte compulsão do álcool, uma necessidade que se mostra tão forte quanto a sede ou fome.

Enquanto alguns se recuperam sem ajuda, a maioria dos dependentes de álcool precisa de ajuda de outros (médicos, terapeutas, enfermeiros, etc.) para se recuperar desta doença. Com o apoio e tratamento adequados, muitos indivíduos são capazes de parar de beber e reconstituir suas vidas.

II - Fundamentação Teórica

2.1 - Histórico e Serviços da Casa de Saúde Santa Maria

Dr. Hercílio Cruz, filho de Manoel Antonio Cruz e Maria Leopoldina Cruz, nascido em 12 de Outubro de 1919 em Laranjeiras, Sergipe, formou-se em 1949 na Faculdade da Cidade do Recife, chegando em Aracaju neste mesmo ano. Iniciou seu trabalho como médico anestesista no Hospital Santa Isabel, onde exerceu sua profissão por mais de 15 anos, mas tendo sempre como sonho, construir um hospital psiquiátrico.

A realização do seu sonho aconteceu em 01 de Setembro de 1962, com a inauguração de uma pequena clínica com apenas 12 leitos. Nela trabalhava como diretor clínico sempre ajudado por sua esposa Iolanda Valois Cruz. Com o passar dos anos, a clínica foi aumentando na sua estrutura física, pavilhões enormes foram construídos com capacidade para 72 leitos, sendo que no final do ano de 1980 a Clínica tinha a capacidade para internar 230 pacientes conveniados do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Dr. Hercílio faleceu em 15 de Setembro de 1990, deixando todo o seu sonho e patrimônio para ser conduzido e administrado pelos seus filhos e esposa.

A Casa de Saúde Santa Maria, localizada à Rua Espírito Santo, 811, Bairro Siqueira Campos, Aracaju - SE, é especializada em tratamento psiquiátrico, de natureza privado-conveniada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) possui uma área física de 35.000 m², sendo 9.600 m² de área construída, da qual três unidades psiquiátricas com dois andares, cada uma dividida em 14 enfermarias e comportando 6 leitos.

Hoje, a sua capacidade de atendimento totaliza 160 leitos do SUS (Sistema Único de Saúde), e 12 particulares e convênios como: Petrobrás, Vale do Rio Doce, Grupo Ciefas (Caixa, Cassi, Fassinera, Asséfaz, Capesesp, etc.) Unimed, Capitania dos Portos, Correios.

A Casa de Saúde Santa Maria dispõe de toda uma infra-estrutura de atendimento psiquiátrico e atendimento de leves intercorrências clínicas, tratamento de dependência química, internações, urgências psiquiátricas, hospital dia e noite.

A clínica atualmente possui uma estrutura que proporciona um tratamento psiquiátrico dentro das técnicas exigidas pelo atual modelo de assistencial em saúde mental, tornando-se um novo espaço social de inclusão, participação e cidadania para o portador de transtorno mental. Dispõe de vários tipos de serviços no tratamento ao paciente mental como Consultórios para ação de Médicos e Psicólogos, postos para atuação do Corpo de Enfermagem, Dispensário de Medicamentos, Unidade de Terapia Ocupacional, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Assistência Social, contando ainda com uma Administração Hospitalar tudo isso para garantir a inserção social dos pacientes e um atendimento focado no processo da qualidade.

Em seu quadro de funcionários existe um total de 100 funcionários distribuídos da seguinte forma: cinco psiquiatras, um médico generalista, três psicólogos, três enfermeiras, um nutricionista, um terapeuta ocupacional, uma pedagoga, dois técnicos de educação artística, três assistentes sociais, quarenta e seis técnicos de enfermagem, uma técnica de nutrição, um farmacêutico, um professor de educação física, e equipe de apoio.

No internamento conveniado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), a clínica recebe o paciente procedente do CAPS Liberdade Psiquiátrica do Hospital São José, após triagem feita pelo médico plantonista, que, vendo a necessidade de internamento, envia o paciente junto com seus familiares e a guia de internamento devidamente preenchida com dados do paciente, diagnóstico e medicação que o mesmo fez uso quando atendido. Ao chegar a Casa de Saúde Santa Maria o paciente é conduzido ao

médico plantonista para admissão, e levado à Unidade a que ele pertence, se dependente químico ou psicótico.

Na Casa de Saúde Santa Maria, há também reuniões dos pacientes com suas famílias. Essas reuniões são sempre feitas às quartas-feiras, com técnicos como: Psicólogos, Assistentes Sociais e Enfermeiras. Ensinando, instruindo e esclarecendo os tabus e preconceitos das doenças e como conduzir, caminhar junto com o paciente até que esse paciente chegue à recuperação.

Às Quintas-feiras, religiosamente há um celebrante da igreja católica que celebra a missa, quando os pacientes são conduzidos ao pátio coberto do hospital onde está arrumado o altar.

2.2 - Saúde Mental

Ter saúde mental significa sentir-se bem consigo mesmo e na relação com os outros, é ser capaz de lidar de forma positiva com as adversidades, é ter confiança e não temer o futuro.

A saúde mental e a saúde física são duas vertentes fundamentais e indissociáveis da saúde.

Problemas de saúde mental mais freqüentes:

- Ansiedade
- Mal-estar psicológico ou estress continuado
- Depressão
- Dependência de álcool e outras drogas
- Perturbações psicóticas, como a esquizofrenia
- Atraso mental
- Demências

Estima-se que em cada 100 pessoas, 30 sofram ou venham a sofrer, num ou outro momento da vida de problemas de saúde mental, e que cerca de 12 pessoas tenham uma doença mental grave.

A depressão é a doença mental mais freqüente, sendo uma causa importante de incapacidade. Em cada 100 pessoas, aproximadamente uma sofre de esquizofrenia.

Quem pode ser afetado?

Ao longo da vida, todos nós podemos ser afetados por problemas de saúde mental, de maior ou menor gravidade. Algumas fases, como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e o envelhecimento, ou acontecimentos e dificuldades, tais como a perda de familiar próximo, o divórcio, o desemprego, a reforma e a pobreza podem ser causa de perturbações da saúde mental. Fatores genéticos, infecciosos ou traumáticos podem também estar na origem de doenças mentais graves.

Falsos conceitos sobre a doença mental

As pessoas afetadas por problemas de saúde mental são muitas vezes incompreendidas, estigmatizadas, excluídas ou marginalizadas, devido a falsos conceitos, que importa esclarecer e desmistificar, tais como:

- As doenças mentais são frutos da imaginação;
- As doenças mentais não têm cura;
- As pessoas com problemas mentais são pouco inteligentes, preguiçosas, imprevisíveis ou perigosas.

Estes mitos, a par do estigma e da discriminação associados à doença mental, fazem com que muitas pessoas tenham vergonha e medo de procurar apoio ou tratamento, ou não queiram reconhecer os primeiros sinais ou sintomas de doença.

O tratamento deverá ser sempre procurado, uma vez que a recuperação é tanto mais eficaz quanto mais precoce for o tratamento.

Mesmo nas doenças mais graves é possível controlar e reduzir os sintomas e, através de medidas de reabilitação, desenvolver capacidades e melhorar a qualidade de vida.

O apoio dos envolvidos é importante, no sentido de não estigmatizar; apoiar; reabilitar e facilitar a integração.

Integração das pessoas com doença mental

Os indivíduos afetados por problemas de saúde mental são cidadãos de pleno direito. Não deverão ser excluídos do resto da sociedade, mas antes apoiados no sentido da sua plena integração na família, na escola, nos locais de trabalho e na comunidade.

A escola deverá promover a integração das crianças com este tipo de perturbações no ensino regular. Deverão ser criadas mais oportunidades no mundo do trabalho para as pessoas portadoras de doença mental. O envolvimento das famílias nos cuidados e na reabilitação destas pessoas é reconhecido como fator chave no sucesso do tratamento.

Para manter uma boa saúde mental é importante que o indivíduo:

- Não se isole
- Reforce os laços familiares e de amizade
- Diversifique os seus interesses
- Mantenha-se intelectual e fisicamente ativo
- Consulte o seu médico, perante sinais ou sintomas de perturbação emocional.

2.3 – O alcoolismo como problema de Saúde Pública

O álcool, do árabe alkul, significa muito fino, “talco fino”, e também cosmético para os olhos. A nomenclatura química é Etanol= a $C_2H_5 OH$ (com a denominação antiga de álcool etílico e o nome comercial de popular de álcool).

O etanol é um solvente de largo espectro e é misturável a água em qualquer grau de concentração. As indicações de concentração são dadas em porcentagem de volume ou porcentagem de peso. Uma outra forma de obtenção se processa a partir da fermentação de diversos carboidratos (dextrose, levulose, maltose e amido). Em alguns países, principalmente da Europa, o etanol destinado a fins industriais é tornado impróprio para o consumo por ingestão pela adição de piridina ou metanol.

Para fins domésticos ou de alimentação, o etanol é produzido pela fermentação de açúcares.

No corpo humano, o etanol é metabolizado por oxidação. Sob condições normais, e de acordo com o peso da pessoa e seu estado de saúde, podem ser queimados diariamente de 5 a 15 g de etanol. Aproximadamente 90% da oxidação processam-se no fígado (álcool – desidrogenase = ADH), e que contem zinco, para o aldeído acético (etanol), com posterior transformação deste para o ácido acético, que é convertido em dióxido de carbono e água, que são eliminados (juntamente com pequenas quantidades residuais de etanol e outros subprodutos do processo).

O próprio corpo humano produz de forma endógena o etanol em escala extremamente reduzida. O alcoolismo é uma doença que ainda não está sendo estudada por uma cadeira específica de qualquer ciência que pudesse ser a responsável pela sua recuperação e divulgação, bem como pelas orientações a respeito dela. É uma doença cujo tratamento e a recuperação depende mais do trabalho de uma equipe multidisciplinar, da família e do próprio paciente, do que da medicina tradicional.

Isto, por certo, permitiu a criação de conceitos populares que vieram confundir ainda mais o problema, em razão das concepções errôneas difundidas. Ainda se confunde alcoolismo com o ato de beber. Os alcoólatras não são compreendidos porque as pessoas não sabem que elas não podem beber da maneira que a maioria das pessoas. Portanto, quando se avalia essa maioria constata-se que ela bebe moderadamente, sem causar vexame e de maneira responsável. Então, comparam erradamente que a minoria que bebe de maneira irresponsável é sem vergonha, e não doente. O fato é que a minoria dos alcoólatras sonha em poder beber socialmente e se agarram a isso. Mas eles não podem fazê-lo e não sabem disso.

Eles tentam e não conseguem; chegam a um ponto em que também não podem controlar e esbarram numa condição muito grave: embora seja uma droga, frequentemente o álcool não é considerada como tal, principalmente pela sua grande aceitação social e mesmo religiosa. Podem-se observar nas obras gregas, mitos sobre a criação do vinho. Com destaque para as figuras de Dionísio, Icário e o rei Anfitrião protagonizando a visão grega sobre o uso do vinho. Nos dias de hoje, é prática em muitas famílias a “iniciação” das crianças no consumo do álcool. A permissividade ao álcool leva à falsa crença de inocência do uso do álcool, mas o consumo excessivo tem se tornado um dos principais problemas das sociedades modernas.

O álcool contido nas bebidas é cientificamente conhecido como etanol, e é produzido através de fermentação ou destilação de vegetais como a cana-de-açúcar, frutas e grãos. O etanol é um líquido incolor. As cores das bebidas alcoólicas são obtidas de outros componentes como o malte ou através da adição de diluentes, corantes e outros produtos.

No Brasil, há uma grande diversidade de bebidas alcoólicas, cada tipo com quantidade diferente de álcool em sua composição. Alguns exemplos:

Bebida	Porcentagem de Álcool
Cerveja	5%
Cerveja Light	3,5%
Vinho	12%
Vinhos fortificados	20%
Uísque, Vodka, Pinga	40%

Para a maioria das pessoas, o álcool é um componente agradável em atividades sociais. O uso moderado de álcool – até dois drinques por dia para homens e um drinque por dia para mulheres e idosos (um drinque padrão é uma lata de cerveja, uma taça de 120 ml de vinho ou 36 ml de uísque) – não é prejudicial para a maioria dos adultos. No entanto, um número considerável de pessoas tem problemas sérios por beber.

Uso e Abuso do Álcool

Álcool é um tóxico. Não tão forte como arsênico ou cianureto, e também não tão nocivo como o pesticida, que involuntariamente ingerimos com a alimentação, mas é tóxico. Bebido rapidamente ou em quantidades excessivas, o álcool pode levar a morte. Mas também, a maioria das pessoas pode beber este tóxico em quantidades moderadas, sem sofrer danos à saúde.

No início, consomem-se bebidas alcoólicas devido a seu gosto agradável, ou seja, bebe-se pelo paladar, e não há como fazer objeções a isso. Um consumo moderado de álcool é perfeitamente tolerável pela maioria das pessoas, sem que isto possa provocar quaisquer danos ao corpo ou a mente. Mas o que é beber moderadamente?

Para responder a esta pergunta, é preciso dividir as pessoas em três grupos básicos:

- o abstêmio
- o bebedor moderado
- o bebedor abusivo

Os primeiros dois grupos podem ser facilmente distinguidos entre si, mas não há como diferenciar nitidamente o segundo grupo do terceiro. Numa avaliação ou tentativa de enquadramento, esta dificuldade costuma gerar insegurança.

Mas se o consumo de álcool passar a ser um assunto cada vez mais problemático, a razão para tanto parece não residir no fato de “a cerveja ser gostosa” ou de “a caipirinha descer bem”; na verdade, as razões para o constatado aumento do consumo de bebida alcoólica são várias e nem sempre de fácil identificação.

Bebe-se em quase todo o mundo.

No entanto, existem países com realidades diferentes: alguns conseguiram, com medidas governamentais, reduzir o consumo de álcool a ponto de minimizar os riscos envolvidos, enquanto que outros contam a seu favor com a existência de motivação cultural ou religiosa neste sentido, como é o caso dos países islâmicos e hinduístas.

Bebe-se desde o início da Idade da Pedra (há aproximadamente 10.000 anos), e todas as culturas têm tido seus problemas com o abuso do álcool. O consumo do álcool e os hábitos de beber estão interligados, e sempre foram condicionados social e historicamente. Os germanos bebiam seu vinho de mel deitados sobre peles de urso, os senadores romanos tinham assegurado por lei seu direito a determinada quantidade de vinho, e entre os antigos gregos o álcool entrou na mitologia pelo culto ao deus Dionísio. O álcool é de fácil produção e sempre teve utilidade prática como na conservação de produtos perecíveis, ou até como substituto para água contaminada.

Frequentemente, a masculinidade de um indivíduo é medida pela quantidade de álcool que este consegue ingerir, como também, em determinadas ocasiões, é quase impossível esquivar-se da bebida sem provocar a passiva expulsão do grupo. “O bom” é aquele, que consegue acompanhar, se possível, “agüentar até o fim”. Isto prova que os nossos hábitos de beber fomentam o consumo abusivo do álcool, dificultando muitas vezes o reconhecimento dos dependentes do álcool.

Mas além dos hábitos de beber, existem outros fatores que influem no consumo do álcool. Entre eles, é preciso destacar, com o devido valor, o beber para superar crises. Crise, neste caso, deve ser entendida como uma conjuntura de momentos difíceis ou anormais, que surgem mais ou menos repentinamente. Podendo ter expressão negativa ou positiva. Toma-se álcool nesta ocasião como:

- Paliativo medicinal; não se sentindo bem, toma-se um “trago”;
- Animador: para superar inseguranças e dissolver contrações;
- Libertador de pressões e angústias: para vencer problemas;
- Estimulador: para encorajar contra medos e temores.

Na verdade, poucas pessoas conseguem dominar seu meio ambiente e as forças com que o mesmo atua sobre elas. O reconhecimento da existência do meio ambiente causa complexo de sentimentos negativos (não exclusivamente, é claro). Os poucos, porém, que têm seu meio ambiente sob controle, não precisam temê-lo. Mas quem não possui este poder, acaba por desenvolver mecanismo de defesas com manifestações agressivas e regressivas. Quem, por exemplo, fica exposto a relações de poder não palpáveis, começa a gerar este mecanismo quando percebe que as formas convencionais são incapazes de vencer seus temores consciente e inconsciente. Neste ponto, o álcool entra em cena pela sua fácil disponibilidade e aceitação tácita como instrumento adequado para este fim.

Ninguém nasce alcoólatra (salvo os casos de alcoolismo fetal), a gestante que abusa do álcool durante a gestação faz do feto um co-consumidor de álcool, uma vez que a placenta não filtra o álcool do sistema circulatório da mãe para o feto. O resultado pode ser uma síndrome alcoólica fetal, com lesões possíveis, como deficiência de crescimento intra-uterino e pós-natal, com retardamento mental, microcefalia, etc. Também são freqüentes deformações físicas, principalmente nas extremidades, na cabeça, no coração e nos órgãos genitais. Outro sintoma freqüente é a síndrome de abstinência que se instala no recém-nascido logo após o parto, pode levar a uma morte repentina após horas de vida, e que nem sempre é devidamente diagnosticada.

Na realidade, é preciso um processo múltiplo de estratificações. Seria leviano afirmar que somente alcoólatras lançam mão do álcool para promover a superação dos seus problemas; mas leviano ainda seria fazer valer a recíproca.

No meio social e do trabalho a situação não é diferente. Altas cargas de pressões e tensões profissionais e psicossociais não são enfrentadas e removidas, mas sim, resolvidas pela garganta (e aqui a pílula faz companhia ao álcool) desta maneira consegue-se manipular o estado psíquico de forma dissociada da realidade e do meio ambiente.

Na definição do uso e abuso do álcool como manifestação de uma doença, persistem dúvidas. Neste nível de análise, onde se procura distinguir o beber normal do anormal, cabe salientar as seguintes colocações:

- Nem todo uso de álcool leva ao abuso, porém, todo abuso encontra o uso moderado na sua origem.
- O repetido abuso do álcool pode resultar em dependência, mas não necessariamente.
- Nem todo dependente do álcool é um bebedor pesado; alguns dependentes consomem quantidades reduzidas, mas há intervalos mais ou menos curtos.

- Não existe pré-identificação da propensão ao alcoolismo.
- Todo consumo abusivo do álcool é uma identificação de doença.

Resumindo de forma simplificada, isto significa que existe abuso no consumo de álcool quando a pessoa chama atenção pelo seu comportamento como um todo, ou seja, quando o abuso não é singular. Por outro lado, quem utiliza o álcool, consciente ou inconsciente, e por pressão psíquica, para tornar estados físicos ou psíquicos suportáveis, está doente por encontrar-se em um estado anormal.

Um fato complicado para a compreensão do alcoolismo – e do alcoólatra – é a existência de vários tipos de alcoólatras que eliminam a figura do estereotipo. Além do fato geral de que qualquer classificação a respeito do homem e suas manifestações comportamentais deveriam estar colocadas sempre com pontos de interrogação, esta classificação está sendo moderadamente contestada, principalmente com relação a dois dos seus tipos. Mas para fins práticos continua contribuindo para tornar o alcoolismo mais compreensível.

Os tipos são:

- **Alcoolismo Alfa** - O alcoólatra utiliza o álcool como alternativa medicamentosa para a solução dos seus conflitos e tensões, quando acentuadamente presentes (até dores físicas podem ser a causa).

Esse tipo se encontra em pessoas excessivamente sensíveis, emotivas e seduzíveis, com grande instabilidade emocional. Seu beber chama atenção por contrariar as regras da sociedade quanto à ocasião, local e motivo, quantidade e efeito. A frequência e regularidade do seu beber conduz a dependência psíquica, que pode perpetuar-se por décadas sem caracterizar um impulso irresistível. O alcoólatra deste padrão não perde sua capacidade de controle.

Com o tempo surge a complicação física e psíquica decorrentes. O alcoolismo alfa apresenta-se exclusivamente sob esta forma descrita, sem envolver o beber de alívio do tipo gama, comentado adiante, mas para o qual o alcoolismo alfa pode evoluir. Não há síndromes de abstinência.

- **Alcoolismo Beta** - Este alcoolismo normalmente está associado a problemas psíquicos, mas, pelo acentuado volume de álcool ingerido o alcoólatra desse padrão acaba por contrair sérios danos físicos, com freqüente redução não expectativa de vida. É, acima de tudo, um bebedor circunstancial; não desenvolve qualquer dependência física e/ou psíquica e não perde capacidade de controle. Como seu beber freqüente e exagerado dificilmente resulta em embriaguez, é refratário a compreensão de sua situação resultante na vida familiar, social e profissional com crescentes problemas. Muitas vezes o quadro persiste pela vida inteira sem sinais alarmantes e sem considerável piora.

- **Alcoolismo Gama** - O alcoólatra deste tipo identifica-se e confunde-se, no início de sua carreira, com o alcoólatra do tipo Alfa. Devido ao crescente beber a procura de alívio, cai sua capacidade de absorção emotiva. A freqüência do uso do álcool cresce como também a intensidade, resultando num perceptível agravamento de dependência física e psíquica.

Observam-se os seguintes estágios de evolução:

1. Aumento de tolerância.
2. O organismo adapta-se a presença do álcool.
3. Após beber álcool surge um forte desejo por mais bebida. Esta é uma das razões do aparecimento da síndrome de abstinência.
4. Surge à perda de controle, isto é, um consumo provoca um impulso para beber cada vez mais até a embriaguez, ou a interrupção por

circunstâncias internas ou externas. A perda de controle acusa, principalmente, que se perdeu a capacidade de parar de beber a qualquer hora, em qualquer lugar e qualquer situação.

O alcoólatra deste tipo pode intercalar períodos de consumo abusivo de álcool com outros de abstinência, mas o consumo abusivo retorna ao primeiro contato, mesmo reduzido, com o álcool. Sua capacidade de controle, que só funciona nos períodos de abstinência, é perdida no “primeiro gole” e com isto desaparece definitivamente qualquer chance de um retorno a um beber moderado. Este tipo de alcoolismo provoca danos como os de ordem econômica, social e de relações interpessoais.

- **Alcoolismo Delta** - Sob este tipo de alcoolismo apresenta-se uma segunda, menos clara, mas nem por isso menos problemática, forma de perda de controle, que consiste na incapacidade de abstinência.

As três características iniciais são idênticas as do Alcoolismo Gama:

1. Aumento de tolerância.
2. O organismo adapta-se à presença do álcool.
3. Após beber álcool, surge um forte desejo por mais bebida. Esta é uma das razões do aparecimento da síndrome da abstinência.
4. O não poder parar, em forma alternada, torna-se perceptível. Nas tentativas de parar de beber surgem imediatamente sinais da síndrome de abstinência, o que obriga a que sempre esteja assegurado um necessário nível de álcool. De forma contrária aos alcoólatras do tipo Gama, a perda de controle não é sobre a quantidade, mas sobre a ocasião. Geralmente estes alcoólatras conseguem adaptar-se durante anos às circunstâncias dadas, sem dá muito na vista; porém, pelas pesadas manifestações da

síndrome de abstinência, lhes é impossível abandonar o álcool sem uma ajuda apropriada.

O alcoolismo Delta atinge suas vítimas silenciosamente com os danos decorrentes do abuso. Além dos danos orgânicos já mencionados no Alcoolismo Beta, podem surgir intoxicações do sistema nervoso central com resultantes formas de decomposição da personalidade. Parecido com os casos de Alcoolismo Beta, o quadro clínico alcoólico é frequentemente encoberto pelos danos físicos decorrentes daquele. Os problemas interpessoais e sociais destas pessoas manifestam-se muito tarde de forma clara, o que retarda, ou até impede, a compreensão da própria situação catastrófica. Uma recuperação pressupõe total abstinência do álcool, o que, em princípio, deveria ser acompanhado por cuidados médicos, devido ao evidente risco do surgimento de um total colapso físico (incluindo o delirium tremes).

- **Alcoolismo Epsilon** - O Alcoólatra Epsilon costuma sofrer periódicas crises internas (ansiedade, indisposições inespecíficas etc.); e é por isso também chamado de bebedor episódico. As repetidas fugas em direção ao álcool provocam sua dependência psíquica. Nestas ocasiões de embriaguês, com resultante perda de controle e ocasional violência são comuns. A necessidade de embriagar-se aparece com extraordinária intensidade, fazendo este alcoólatra não recusar produtos baratos, ou até industriais (álcool combustível, loção de barbear, desodorante). Os períodos de beber duram dias, após os quais pode haver o retorno a um consumo moderado, ou até a abstinência temporária. O portador deste alcoolismo deve ser alertado que suas ânsias, combinadas com álcool, conduzem fatalmente a violência já mencionada. Há quem classifique o Alcoolismo Epsilon não como doença em si, mas sim como sintoma de outro quadro clínico. A este alcoólatra deve ser recomendado tratamento psiquiátrico.

Naturalmente, esta classificação não deve ser vista como capaz de enquadrar claramente cada caso em algum tipo, mas sim, deve ser considerada a possibilidade da existência de sobreposições e formas mistas. Por outro lado, as variedades com que o alcoolismo pode se apresentar tendem a dificultar o trabalho de ajuda por parte de alcoolistas na recuperação de alcoólatras, uma vez que os mesmos só conhecem um tipo de alcoolismo, ou seja, aqueles que viveram.

O abuso do álcool é diferente do alcoolismo porque não inclui uma vontade incontrolável de beber, perda de controle ou dependência física. E ainda, o abuso de álcool tem menos chances de incluir tolerância do que o alcoolismo (a necessidade de aumentar a quantidade de álcool para ficar “alto”).

O abuso de álcool está definido como sendo o padrão de beber acompanhado por uma ou mais destas situações (dentro de um período de 12 meses):

- Fracasso nas responsabilidades no trabalho, na escola ou em casa;
- Beber em situações fisicamente perigosas, como enquanto dirige ou operar máquinas;
- Ter problemas legais devido ao álcool, como ser preso por dirigir alcoolizado ou por ter causado lesões em alguém enquanto alcoolizado;
- Continuar a beber apesar de ter problemas de relacionamento causados ou agravados pelos efeitos do álcool.

Enquanto o abuso do álcool é basicamente diferente do alcoolismo, é importante notar que muitos efeitos do abuso de álcool também são demonstrados por dependentes de álcool.

O álcool é absorvido principalmente no intestino delgado, e em menores quantidades no estômago e no cólon. A concentração do álcool que chega ao sangue depende de fatores como: Quantidade de álcool consumida em um determinado tempo, massa corporal, metabolismo de quem bebe e quantidade de comida no estômago.

Quando o álcool já está no sangue, não há comida que interfira em seus efeitos. Num adulto, a taxa de metabolismo do álcool é de aproximadamente 8,5g de álcool por hora, mas essa taxa varia consideravelmente entre os indivíduos.

Os efeitos do álcool dependem de fatores como: a quantidade de álcool ingerido em determinado período; uso anterior de álcool e a concentração de álcool no sangue. O uso de álcool causa desde uma sensação de calor até o coma e a morte, dependendo da concentração que o álcool atinge no sangue.

Um curto período (8 a 12 horas) após a ingestão de grande quantidade de álcool pode ocorrer a “ressaca”, que se caracteriza por: dor de cabeça, náusea, tremores e vômitos. Isso ocorrer tanto devido ao efeito do álcool ou outros componentes da bebida. Ou pode ser resultado de uma reação de adaptação do organismo aos efeitos do álcool.

A combinação do álcool com outras drogas (cocaína, tranqüilizantes, barbitúricos, antihistamínicos) pode levar ao aumento do efeito, e até mesmo à morte.

Os efeitos do uso prolongado do álcool são diversos. Dentre os problemas causados diretamente pelo álcool podem-se destacar doenças do fígado, coração e do sistema digestivo. Secundariamente ao uso crônico abusivo do álcool, observa-se: perda de apetite, deficiências vitamínicas, impotência sexual ou irregularidades do ciclo menstrual.

O uso regular do álcool torna a pessoa tolerante a muitos dos seus efeitos, sendo necessário maior consumo para o indivíduo apresentar os mesmos efeitos iniciais.

A dependência física ocorre em consumidores de grandes doses de álcool. Como já estão adaptados à presença do álcool, esses indivíduos podem sofrer sintomas de abstinência quando param de beber. Os sintomas de abstinência são: nervosismo ou irritação, sonolência, sudorese, diminuição do apetite, tremores, convulsões e alucinações.

Pode-se desenvolver a dependência psicológica com um uso regular do álcool, mesmo que em pequenas quantidades. Neste tipo de dependência há um desejo persistente de consumir álcool e a sua falta desencadear quadros ansiosos ou mesmo de pânico.

O consumo de álcool durante a gravidez expõe a criança aos efeitos do álcool. O mais grave desses efeitos é a Síndrome Fetal pelo Álcool, cujas características incluem: retardo mental, deficiência de crescimento, deformidade facial e de cabeça, anormalidades labiais e defeitos cardíacos.

As doenças decorrentes do uso do álcool são as principais causas de mortes no Brasil. Estão à frente da pressão arterial e do tabagismo. Divulgar estes dados e fazer com que o poder público crie políticas de prevenção é umas das missões da Associação Brasileira de estudos sobre Álcool e outras Drogas (Abead).

A Presidente da Abead, psiquiatra Ana Cecília Petta Roselli Marques, disse que as empresas têm um papel fundamental na prevenção ao uso de drogas. Teriam mais facilidade para identificar pessoas que abusam de substâncias químicas, com as faltas frequentes dos funcionários doentes, com a queda na produtividade e com os acidentes de trabalho.

Os empresários também perdem muito dinheiro com funcionários que usam drogas abusivamente ou são dependentes químicos. O Brasil ainda não tem um levantamento sobre estas perdas, mas dados mundiais apontam que o gasto anual com

funcionários dependentes ou consumidores abusivos de drogas chega a US\$ 10 mil, cerca de duas vezes mais do que com os sadios.

Segundo Ana Cecília Marques, especialista em dependência química, o consumo de drogas vem aumentando no mundo. Conforme relatório divulgado em março pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população mundial são alcoólicos, 20% abusam do álcool e 75% bebem socialmente. Dados que coincidem com a realidade nacional, alerta a psiquiatra Ana Cecília Marques.

Na América do Norte e na Europa, principalmente, a maioria das empresas tem programa de prevenção ao uso de drogas. O assunto passou a ser defendido como principal bandeira pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) a partir da década de 90.

Doenças ligadas ao alcoolismo

- Cérebro - A pelagra, que é a deficiência global de substâncias nutritivas, pode ocorrer. A falta de sais minerais, proteínas, vitaminas e carboidratos podem comprometer as funções mentais. Com a falta de nutrientes para o cérebro, o doente passa a agir como se estivesse fora da realidade. O quadro é irreversível e pode levar à morte.
- Coração – A má alimentação pode alterar o nível de lipídeos e elevar as taxas de colesterol e triglicéridios, uma das causas de doenças cardiovasculares. A gordura na corrente sanguínea pode criar depósitos nas artérias que dificultam a passagem do sangue. Caso haja obstrução, pode ocorrer infarto.
- Pulmão – Beber demais provoca doenças pulmonares como tuberculose e pneumonia, que causam dores torácicas, cansaço, febre e escarro sanguíneo. Em geral, quando tratado corretamente, com repouso,

antibióticos e boa alimentação, o paciente apresenta boa recuperação, revertendo tais problemas.

- Fígado – A ingestão contínua do álcool afeta o fígado e pode levar a hepatite, a inflamação e morte das células deste órgão. A pessoa apresenta pele e olhos amarelados, tem febre e dor abdominal. A hepatite pode evoluir para cirrose hepática, a destruição total das células do fígado. Em um estágio mais avançado, o paciente perde peso e acumula líquido nas pernas e abdômen. Em geral, nesta fase, a cirrose é fatal.
- Estômago – gastrite e gastroenterite são as mais comuns doenças gástricas em alcoólicos. Os sintomas da gastrite – a inflamação do estômago – são queimação da região e dores abdominais. No caso da gastroenterite, a pessoa sofre de diarreia, dores abdominais e vômitos. O tratamento das duas enfermidades é a abstinência do álcool e dieta balanceada.
- Pâncreas – O abuso do álcool é uma das principais causas da pancreatite, a destruição das células do pâncreas. O órgão deixa de produzir substâncias que metabolizam as gorduras. O doente passa a sentir dores abdominais, perder peso, ter diarreia e eliminar gordura pelas fezes. O alcoólico pode desenvolver diabetes.

Existem vários questionamentos científicos sobre o alcoolismo, muitos pensam: Por que certas pessoas bebem sem ter problemas, enquanto outras são terminantemente incapazes de controlar sua bebida? Pesquisas recentes apoiadas pelo NIAAA (Instituto Norte Americano sobre Álcool e Alcoolismo), demonstram que, para muitas pessoas, a vulnerabilidade ao alcoolismo é herdada. Vale ressaltar que os aspectos do ambiente da pessoa, como influências de colegas e a disponibilidade do álcool também são

insuficiências significativas, influências herdadas e do ambiente são chamadas de “fatores de risco”. Contudo, risco não é destino.

Os grupos de mútua-ajuda têm características de grupo leigo e voluntário, sem qualquer ônus para a comunidade e a sociedade em geral. Estima-se que 1.000.000 (um milhão) de pessoas atualmente freqüentam as reuniões de AA em todo o mundo. Embora não possa ser considerado tratamento propriamente dito, os grupos de mútua-ajuda são agentes operacionais na recuperação e reinserção social de dependentes químicos, atuando ainda na reestruturação familiar e na prevenção à dependência.

Os AA (Alcoólicos Anônimos) foi criado nos Estados Unidos, em 1935, por dois alcoolistas e é considerado um dos primeiros esforços no sentido de auxiliar o dependente.

Observamos que, no decorrer deste século, seu funcionamento influenciou a maioria das terapêuticas disponíveis hoje em dia. Fundamenta-se nos “Dozes Passos”, que são:

1. Primeiro Passo: Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossa vida.
2. Segundo Passo: Viemos a acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia desenvolver a sanidade.
3. Terceiro Passo: Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus na forma em que o concebíamos.
4. Quarto Passo: Fizemos minuciosos e destemido inventario moral de nós mesmos.
5. Quinto Passo: Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.

6. Sexto Passo: Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Sétimo Passo: Humildemente rogamos a ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Oitavo Passo: Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, nos dispomos a reparar os danos a eles causados.
9. Nono Passo: Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível quando o fazes significasse prejudica-las ou a outrem.
10. Décimo Passo: Continuamos fazendo o inventario pessoal e, quando estávamos errados, nos o admitíamos prontamente.
11. Décimo Primeiro Passo: Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Décimo Segundo Passo: Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Esses passos são enviados pela associação para que sejam passados juntos com os internos para que eles troquem experiências vivenciadas, aumentando a auto-estima dos pacientes, ajudando no compromisso com o tratamento no hospital e preparando-o para quando estiver fora dos portões da clínica.

Os grupos de mútua-ajuda concebem-se como uma irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres dependentes, que se reúnem em grupos e se utilizam uns determinados conjuntos de princípios espirituais para encontrar a liberdade

da adição e uma nova forma de vida. Enfatiza o conceito da doença (crônica) da dependência, e a necessidade da abstinência total para a recuperação do indivíduo. Os grupos de mútua-ajuda devem ser sempre associados aos tratamentos convencionais para os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

O modelo de tratamento residencial conhecido como Comunidade Terapêutica foi utilizado durante muito tempo para pacientes com patologias psiquiátricas crônicas. Seu funcionamento é fundamentado na premissa de que, quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar sua condição, seu meio ambiente e removê-lo da situação onde ocorre o consumo. O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de álcool e drogas. Tratamentos psico-sociais (psicológicos, assistente social, orientação vocacional, etc.) devem ser sempre incluídos na programação terapêutica das Comunidades.

As internações em Comunidades Terapêuticas costumam ser longas, durando vários meses. Aparentemente, quanto maior a estadia do indivíduo, maior a chance de obter abstinência após a alta, quando o indivíduo retorna a seu meio ambiente de origem. Suas principais indicações de internações em Comunidades Terapêuticas são para indivíduos que apresentam graves conseqüências decorrentes do consumo de álcool e drogas, e que não possuam mínimo suporte social (família, trabalho, etc.) para que a abstinência seja obtida em tratamento ambulatorial.

Assim como em outros tratamentos residenciais para dependência (internação), o paciente egresso de tratamento em Comunidade Terapêutica deve obrigatoriamente realizar seguimento ambulatorial e/ou participar em grupo de mútua-ajuda. Convém

lembrar novamente que a síndrome de dependência crônica e, assim como a hipertensão arterial e o diabetes, acompanham a vida toda do paciente.

III - Alcoolismo – Psicoses Alcoólicas

Descrição Geral

Estas psicoses podem assumir aspectos diversos, dependendo do tipo de personalidade do paciente e da sua reação ao álcool. O Delírio Alcoólico Agudo é o tipo mais comum. A moderna psiquiatria considera o uso imoderado do álcool, em muitos casos, como sintoma de outra perturbação mental, ou distúrbio de personalidade psicopática.

Causas

O uso excessivo e prolongado do álcool acarreta perturbações mentais, causadas diretamente pela ação do álcool sobre o organismo. Devemos reconhecer, também, que o uso imoderado do álcool afrouxa a tal ponto o controle do indivíduo sobre si próprio que as dificuldades básicas, anteriormente resolvidas com os recursos da sua personalidade, irrompem como autênticos distúrbios durante o alcoolismo.

Sintomas

Apresentamos os sintomas do Delírio Agudo e indicaremos, também, as diferenças entre essa perturbação e outras formas comuns de distúrbios provocados pelo alcoolismo.

- Físicos - Exitação, dificuldade de ser mantido no leito, tremores (especialmente na face, língua e dedos), disartria, língua saburrosa, perda do apetite, insônia, podem surgir convulsões.

- Mentais - Ansiedade, inquietação, medo, angustia, irritabilidade, insubordinação, agitação, psicomotora, idéias delirantes as mais diversas, alucinações auditivas e visuais (zoopsias – vê pequenos animais ou então animais de grande porte).

No delírio alcoólico agudo, as alucinações são muito intensas, apresentando ao paciente o chamado delírio onírico. Neste delírio o doente vive como um sonho ou pesadelo, no qual ele toma parte ativa. É muito comum o chamado “delírio profissional”, no qual o doente age como se estivesse trabalhando em sua profissão habitual.

Existe também uma forma chamada psicose de Korsakoff, que caracteriza por distúrbios neurológicos nos membros inferiores (polineurite), distúrbios da memória e fabulação.

Tratamento e Cura

A fase aguda das psicoses alcoólicas, geralmente dura poucos dias. As psicoses alcoólicas quando tratadas precocemente, em geral evoluem para a cura; mas, se não lhes for dispensada boa assistência, podem levar o paciente à morte. Durante o período de intoxicação aguda, é comum o aparecimento de graves distúrbios no aparelho respiratório, que exigem cuidados especializados. Passada essa fase, o paciente ainda necessita de tratamento intenso, a fim de se evitar a sua volta ao tóxico. É, então, recomendável o tratamento pela psicoterapia, pela hipnose, pelo condicionamento dos reflexos. Existe também uma série de medicamentos que provocam reações penosas no indivíduo, se ele ingerir qualquer quantidade de álcool. A sua utilização, entretanto, exige supervisão médica por não serem destituídos de perigo.

Os sintomas agudos dos delírios alcoólicos, sobretudo o delírio onírico, são rapidamente eliminados, por vezes mesmo até de modo espetacular no caso de estados confusionais, por intermédio de drogas psicotrópicas, principalmente ansiolíticos, sob forma injetável por via intramuscular.

Curas permanentes podem ser facilitadas através do intercambio de confiança e estímulo entre ex-doentes. Como em outras partes do mundo, existem atualmente no Brasil nas principais capitais, organizações especializadas, como a Associação Antialcoólica, "A.A."

Como Cuidar desses Pacientes

Durante o período de agitação, evite qualquer medida restritiva desnecessária, a fim de impedir que o paciente se excite ainda mais. Procure tranquiliza-lo com relação ao medo que sente e as suas alucinações, e mantê-lo vestido e agasalhado (ele é muito suscetível de apanhar resfriados e pneumonia).

Epilepsias

Descrição Geral

Embora exista desde os tempos mais remotos, a epilepsia ainda é fonte de contínuos estudos e pesquisas. É caracterizada por perturbações periódicas e súbitas da consciência, com ou sem convulsões. A tendência moderna é considerar a epilepsia como sintoma e não como doença. Quase sempre, não acarreta o rebaixamento das funções mentais – algumas das personalidades mais marcantes do mundo sofriram de epilepsia (César, Alfredo o Grande, Napoleão, Machado de Assis, o pintor Van Gogh e outros).

Causas

As causas desse quadro vão aos poucos sendo desvendadas. A epilepsia não é hereditária; o que se transmite é a disritmia cerebral, que constitui fator predisponente. Traumatismos cerebrais, perturbações orgânicas e choques emocionais são fatores que podem acarretar a eclosão epilepsia, se a pessoa tiver tendência à mesma.

Sintomas

Embora não se possa estabelecer um tipo de padrão dentro do qual se enquadram as epilepsias em geral, o epilético hospitalizado é quase sempre agressivo e egocêntrico, irritável, pouco merecedor de confiança, egoísta e arrogante. É viscoso, pegajoso e falador. Os epiléticos sofrem comumente de ataques e convulsões, outras vezes apresentam “equivalentes” e “ausências”. São também vítimas de um estado chamado “crespular”, precedido ou não de crise convulsiva, o qual é de grande periculosidade para o doente e para os que o cercam. São comuns os atos anti-sociais, violentos ou não, durante os chamados estados crepusculares.

A convulsão epilética segue geralmente o seguinte curso:

1. Fase premonitória (aura), na qual o paciente poderá sentir náuseas, dores, odores, zumbidos etc., soltando muitas vezes um grito lancinante;
2. Contração tônica, na qual todos os músculos ficam tensos e contraídos;
3. Período clônico, no qual todo o corpo parece relaxar-se e contrair-se com movimentos bruscos;
4. Volta lenta à consciência, durante a qual o paciente se recupera progressivamente até chegar à normalidade. As convulsões seguem-se, às vezes, um período de excitação, em que o doente, apresentando-se com um estreitamento no campo da consciência, pode tornar-se agressivo e

perigoso, apresentando-se outras vezes em estado confusional, dito crespular.

Tratamento e Cura

São prescritos tratamentos medicamentosos, anticonvulsivantes, dietéticos, psicológicos e psicocirúrgicos, os quais podem manter o paciente em boas condições e permitir-lhe adaptar-se o suficiente para levar vida normal, a despeito do mal que o aflinge.

Como Cuidar desses Pacientes

Geralmente é difícil lidar com esses pacientes. É aconselhável ter-se sempre em mente: que o doente poderá ter uma crise, a qualquer momento; que é mais fácil conseguir a sua cooperação com instruções positivas do que com restrições ou proibições; que desviar-lhe a atenção e procurar ocupa-lo em atividades benéficas é a única maneira de afastá-lo de tendências mórbidas. Se você conseguir incutir-lhe sentimento de segurança, se conseguir convencê-lo de que é estimulado e útil, sem reforçar sua tendência dominadora, ele poderá ser de grande auxílio na enfermaria.

No caso de convulsões, os cuidados devem ser os seguintes: deixe o paciente estirado no chão ou na cama; não lhe restrinja os movimentos; desaperte-lhe a roupa; coloque um travesseiro ou toalha sob sua cabeça e procure evitar que ele se machuque. Se possível, quando ele abrir a boca, antes da fase clônica ou do terceiro período, introduza nela um rolo de borracha, envolto em gaze ou toalha, colocando-o entre os dentes, a fim de impedir que o paciente morda a língua. Quando cessarem os movimentos e o paciente recuperar a consciência, coloque-o na cama, mude-lhe a roupa e mantenha-o sob observação até que esteja dormindo profundamente ou recupere clara consciência. Observe então cuidadosamente o paciente, porque, após a convulsão, ele poderá atravessar perigosa fase de excitação. Tente sempre observar as condições e as

circunstancias em que se deu o ataque, com o objetivo de evitar, se possível, novas ocorrências. O diagnóstico e o tratamento das epilepsias exigem o exame eletrencefalográfico. Pelo traçado obtido, o médico orientar-se-á com relação ao diagnóstico e ao tratamento mais indicado. Atualmente existem numerosas drogas anticonvulsivantes e anti-epilépticas e, por isso, o tratamento desses pacientes torna-se cada vez mais satisfatório, podendo-se mesmo afirmar serem raras as epilepsias que não podem ser controladas em seus sintomas.

Oligofrenias

Idiota, Imbecilidade, Debilidade Mental

As oligofrenias são enfermidades que se caracterizam por uma deficiência global de toda a atividade psíquica. Os oligofrênicos são frequentemente classificados de acordo com seu nível de desenvolvimento mental: o idiota (1 a 3 anos), o imbecil (3 a 6 anos), o débil mental (9 a 12 anos). A deficiência psíquica pode ser motivada por uma série de causas que podem ter atuado antes do nascimento (vida extra-uterina), durante o nascimento (trabalho de parto) e após o nascimento (vida extra-uterina). As causas podem ser as mais variadas: hereditariedade, alcoolismo dos pais, moléstias da mãe durante a gestação, traumatismos antes e durante o parto, sífilis congênita e numerosas doenças, sobretudo moléstias infecciosas e traumatismos que podem atingir a criança durante os primeiros meses de vida.

Sintomas

Os sintomas são variáveis, conforme o grau de deficiência. O idiota não consegue aprender a falar. O imbecil já consegue aprender a linguagem de modo relativamente satisfatório. O débil pode até ser alfabetizado por métodos especiais. As deficiências dos idiotas e dos imbecis profundos são tão grandes que pouco se pode

esperar deles. Franco da Rocha costumava ensinar: “O idiota não consegue entender um recado, o imbecil vai levá-lo, mas no meio do caminho dele se esquece, o débil é capaz de levar e dar o recado”. Ao lado das deficiências mentais, os eligofrênicos costumam apresentar também numerosas malformações e defeitos físicos.

Como Cuidar desses Pacientes

O temperamento e as reações variam tanto entre esses pacientes quanto entre as pessoas normais, de maneira que você deve conhecê-los bem, a fim de saber como tratá-los. Os idiotas e os imbecis profundos frequentemente necessitam ser cuidados como se fossem criancinhas, ainda que tenham atingido pleno desenvolvimento físico. Você deverá ensinar os imbecis e débeis profundos a executarem tarefas simples e a cuidarem de si mesmos. O trabalho manual e o serviço de limpeza exercem sobre eles especial atração. Os débeis e mesmo os imbecis em grau leve aprendem muito bem a executar trabalhos manuais não complicados. Sempre que lhes der uma instrução, seja simples e claro, e não espere que eles se lembrem por muito tempo das recomendações recebidas. Os atrasados mentais educáveis, isto é, débeis menos pronunciados podem ser tratados, por meio psico-pedagógicos especiais, em estabelecimentos hospitalares e em clínicas especialmente a eles destinadas.

Os deficientes mentais apresentam frequentemente episódios psicóticos, cujo tratamento é idêntico ao preconizado para síndromes psicóticas semelhantes, porém de outra natureza. O episódio psicótico é curado – a debilidade, no entanto, persiste.

Esquizofrenias

Descrição Geral

A denominação de demência precoce foi primeiro aplicado a essa doença porque se pensava que só ocorresse na juventude, acarretando com o correr dos anos completa deterioração mental (demência); essa denominação foi substituída por esquizofrenia, que significa dissolução da personalidade, “personalidade cindida”.

Esta é uma das formas mais comuns de doença mental, compreendendo cerca de um quinto das novas internações e cerca de quarenta por cento da população dos hospitais psiquiátricos em qualquer momento dado.

Causas

Desconhecem-se ainda, com precisão, as causas que a determinam. Segundo alguns autores, trata-se de doença orgânica; segundo outros, ela é de origem psíquica, divergindo, portanto, as opiniões a respeito. Os partidários de seu fundo psicógeno atribuem-na ao desajustamento progressivo do indivíduo ao ambiente. Os que lhe reconhecem uma causa física salientam que essa perturbação é geralmente acompanhada de distúrbios glandulares, má nutrição das células cerebrais, distúrbios do metabolismo cerebral e outras dificuldades orgânicas. É provável que muitos fatores atuem em conjunto, de modo obscuro, na etiologia dessa doença. Bleuler, o criador do termo esquizofrenia, atribui a doença a fatores orgânicos básicos e fatores psicógenos secundários. O aspecto biotipológico também é importante, pois a doença atinge de preferência os indivíduos leptossomáticos ou astênicos (de corpo delgado), de temperamento esquizotímico.

Sintomas

Nenhuma manifestação física específica é característica da esquizofrenia. Os sintomas mentais e emocionais dessa perturbação são graves e característicos: tendência

ao isolamento e à introversão, mau contato com a realidade (autismo), incertezas, dúvidas, dificuldade de escolha (ambivalência), perplexidade, desarmonia no pensamento, ilogismos (desagregação do pensamento). Podemos classificar a esquizofrenia em quatro formas ou tipos, embora estes não sejam claramente definidos e um paciente qualquer possa apresentar sintomas pertencentes a mais de um tipo.

Sintomas de esquizofrenia, forma simples:

- O paciente mostra-se apático, descuidado, cansado-se facilmente.
- Descuida-se de sua aparência pessoal, de seus hábitos de higiene.
- Torna-se “incapaz de pensar”, de concluir com clareza uma frase iniciada.
- Fala coisas “aéreas” e sem sentido.
- Permanece em mutismo habitual.
- Alheia-se aos interesses comuns da vida.

A esquizofrenia, forma hebefrênica, além de sintomas semelhantes aos do tipo simples, manifesta mais os seguintes:

- Tendência a atitudes e expressões afetadas.
- Reações emocionais inadequadas (rir ao falar de coisas tristes, etc).
- Alucinações auditivas e idéias delirantes.
- Por vezes, depressão, tristeza, angustia.
- Frequentes crises de agitação psicomotora.
- Julga-se muitas vezes sob controle de forças externas (tais como poderes sobrenaturais ou magnéticos).
- Manifesta tendência para reações sexuais mórbidas (homens e mulheres entregam-se a práticas exibicionistas e eróticas).

Os sintomas de esquizofrenia, forma catatônica, são as seguintes (além de alguns comuns à forma simples):

- Rigidez muscular, resistência aos movimentos, negativismo, mutismo.
- Tendência a permanecer numa só posição, como se fora uma estátua.
- Tendência a repetir palavras, sons, atitudes, movimentos, gestos etc (estereotípias).
- Apesar da sua inércia, imobilidade, apatia e abulia, o doente pode apresentar impulsos agressivos de grande violência e completamente inesperados.

Na forma paranóide poderemos encontrar alguns dos sintomas que caracterizam outros tipos de esquizofrenia, mas geralmente o que mais se evidencia é o transtorno na interpretação da realidade e dos pensamentos alheios. Os pacientes desse tipo têm frequentemente:

- Idéias de perseguição (às vezes, aparentemente lógicas).
- Idéias de grandeza (julgam-se talentosos, inventores de aparelhos fantásticos, escolhidos por Deus, predestinados a dirigir, a fazer reformas de toda a espécie).
- Essas idéias são frequentemente acompanhadas por alucinações.
- Porte arrogante e aspecto, irônico, zombeteiro.
- Tendências agressivas motivadas por interpretações delirantes (vozes imaginárias, que dão “ordens”).

Tratamento e Cura

Com o progresso da doença, o doente tende a manifestar maior deterioração da personalidade. Os delírios e alucinações podem dominá-lo por completo. Algumas vezes essa doença desaparece sem tratamento (15% curam-se espontaneamente) ou evolui por surtos. A convulsoterapia, pelo eletrochoque ou pelo cardiazol, é valiosa no tratamento dessa afecção. A insulina é utilizada com muito êxito, em todos os tipos de

esquizofrenia, sendo mesmo o tratamento de escolha. O tratamento pela insulina requer hospitalização e é feito segundo técnica especial proposta por Manfredo Sakel. Atualmente, as chamadas drogas psicotrópicas (amplictil, neozine, haloperidol, triperidol, melleril, anatensol depot, stelazine, navane, entre muitas outras) estão sendo empregadas com relativo sucesso.

Dieta controlada, hidroterapia, terapêutica ocupacional e recreativa também muito contribuem para estabelecer, no paciente, os bons hábitos e o equilíbrio mental. Após a remissão deve sempre ser empregada a psicoterapia. Nos vários hospitais, a porcentagem de altas, relativas a pacientes que sofriam dessa afecção e foram tratados convenientemente, varia de 30 a 90%, com uma porcentagem relativamente pequena de readmissões. Quanto mais cedo o paciente for tratado, melhor será o resultado obtido.

Difícilmente um doente esquizofrênico deixará de beneficiar-se com as modernas terapêuticas. Há casos, entretanto, sobretudo quando a doença evolui por tempo considerável, em que ela permanece estacionária, apresentando o paciente o chamado “defeito esquizofrênico”, que determina limitações em sua vida familiar, social e profissional.

Como Cuidar desses Pacientes

Neles despertar um interesse sadio por essas coisas práticas e pela vida social (especialmente, capricho em sua aparência pessoal e interesse pelos outros) é a grande ajuda que o auxiliar psiquiátrico pode prestar a esses pacientes. Você poderá auxiliá-los nesse sentido, especialmente quando estiverem sob tratamento. Ensinar pelo exemplo é geralmente eficiente com esses pacientes. A leitura, a música, o rádio, a conservação, são atividades que auxiliam desde que não alimentem suas idéias delirantes. Ouça-os contarem seus delírios, sem criticá-los, nem aceitá-los. Ofereça outras interpretações para os mesmos fatos. O trabalho ou a atividade que você proporcionar ao paciente

deverá sempre ter uma finalidade; e, especialmente, evite qualquer demonstração de menosprezo. O paciente poderá manifestar crises imprevistas, determinadas exclusivamente por estímulos internos, não podendo, portanto, serem totalmente evitadas. É preciso estar vigilante ante a possibilidade de ocorrerem tais reações súbitas e impulsivas, e sempre pronto para enfrentar qualquer situação com serenidade e segurança. Os pacientes necessitam tomar banho com regularidade e ser estimulados nos seus hábitos de limpeza. Os doentes pouco asseados devem ser levados ao sanitário com regularidade (após cada refeição, por exemplo) para auxiliar a formação do hábito. A fim de evitar que o paciente ceda à sua tendência de isolar-se e ficar ensimesmado, não se deve permitir que ele permaneça no seu quarto ou retraído e sozinho, mas fazer com que ele se reúna aos demais e participe ativamente da vida comunitária da enfermaria. Deve-se evitar que ele permaneça na mesma posição, com a cabeça entre os braços ou isolado em uma cadeira. Os pacientes em estupor não devem ser descuidados, convindo que se lhes mude de vez em quando a posição. Esses doentes podem estar alerta, ainda que não dêem demonstração disso, e que podem apresentar reações inesperadas, por vezes agressivas. O paciente paranóide poderá ser muito importuno e desconfiado e absoluta sinceridade, que não possa ser interpretada como astúcia ou ardil, destinado a enganá-lo.

IV - Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil

Vivemos um momento único no campo das Políticas Públicas de Saúde Mental no país. Finalmente, após mais de uma década tramitando no Congresso Nacional, a Lei nº. 3.657/89 foi aprovada e sancionada pelo Presidente da república, no dia 6 de abril de 2001. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Paralelamente à aprovação da lei, comemoramos no dia 7 de abril o Dia Mundial da Saúde, neste ano com o tema Cuidar Sim, Excluir Não. Este dia foi marcado por uma série de eventos em todo o país, como resultado do empenho de estados e municípios na construção de uma Política de Saúde Mental equânime, inclusiva, extra-hospitalar e de base comunitária.

É neste contexto que surge um forte colegiado de coordenadores estaduais e municipais comprometidos com a criação de condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde, através de dispositivos sanitários e sócio-culturais que integram varias dimensões da vida do indivíduo. Um exemplo deste movimento é a construção da Política de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, que, desde março de 1999, tem como principal diretriz de ação a reorientação do modelo assistencial hospitalocêntrico, criando uma rede de serviços de pequena e média complexidade para atendimento psicossocial no território.

Com base nos indicadores clínicos, epidemiológicos e de organização dos serviços, além dos indicadores sociais em geral, a Assessoria de Saúde Mental encaminhou aos gestores municipais o Plano de Implantação da Rede de Atendimento Psicossocial, centrado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico, capaz de funcionar como centro articulador, em uma lógica de rede, das

instancias de cuidados básicos de saúde, incluindo o Programa de Saúde da Família, rede de ambulatórios, atendimento terciário (internações) e atividades de cuidado e suporte social, como, por exemplo, lares abrigados, trabalho protegido, lazer, advocacia de direitos e de questões previdenciárias. Atualmente, mais de 90% dos municípios do Estado já apresentam seus Programas Municipais de Saúde Mental em funcionamento.

Embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido, podemos afirmar que é incontestável o avanço obtido: surgem os primeiros CAPS em áreas historicamente desprovidas de bens e serviços, e está em curso a implantação de uma série de serviços tipo oficinas terapêuticas I e II em vários municípios de pequeno porte no interior do estado. As Residências Terapêuticas já estão em funcionamento em alguns municípios, e têm início várias ações que visam resgatar a contratualidade desta clientela. Outros estados como, por exemplo, São Paulo e Rio Grande do Sul, também estão em processo de implantação desse novo modelo assistencial.

Verifica-se, também, a criação e implantação de mecanismos de controle e avaliação da rede hospitalar pública e contratada, e o estabelecimento de um diálogo permanente com a sociedade, a partir dos conselhos distritais e municipais de saúde, e ainda, das diversas Associações. Pela primeira vez na história dos programas públicos de saúde mental do país, foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite, uma resolução que aprova a reorientação dos recursos financeiros gastos no sistema hospitalar (SIH) redirecionando-os para o sistema ambulatorial, com vistas a acelerar a implantação da rede de atenção psicossocial nos municípios.

Enfim, há um esforço em direção à implantação de uma política de saúde mental que, de fato, promova mudanças no uso e na gestão dos recursos e potencialidades dos territórios, afirmando coletivamente que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática de vários agentes, instituições, sistema de saúde e sociedade.

A psiquiatria traz ao longo da sua história alguns marcos que nortearam o atendimento ao doente mental, como por exemplo, a resolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros. Atualmente estamos vivendo o período de mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, mais especificamente em relação à institucionalização da assistência.

Os movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica Brasileira surgido nos Estados Unidos e Europa a partir de meados do século XX, apontavam críticas ao atendimento dispensado aos portadores de doença mental, quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade enquanto cidadão.

Especialmente no Brasil, espera-se que a partir deste momento seja construída uma nova história sobre o tratamento psiquiátrico, voltando-se mais para o indivíduo portador de algum sofrimento psíquico, procurando não somente atender as transformações da assistência impostas pelo desenvolvimento da ciência e tecnologia, mas para posicionamentos profissionais adequados para o enfrentamento da atual realidade. Assim, vimos como fundamental que sejam criados e adaptados estruturas e recursos de atenção ao doente mental, de forma a incluí-lo no seu meio social.

Faz-se necessário, portanto, construir um projeto terapêutico cujas transformações devem ser discutidas, elaboradas, incorporadas e articuladas com os setores sociais envolvidos no modelo de atenção em saúde a ser proposto.

De acordo com CAMPOS (1992) um projeto deve ser composto de interesses e necessidades da sociedade, das noções disciplinares, de diretrizes políticas e dos modos de gestão dos sistemas públicos. Para ele, ainda não conseguimos historicamente realizar negação/superação das práticas tradicionais, na medida em que o projeto

reformista em saúde ainda é muito anti e pouco pró. Defende enfim, o direito à saúde, a intervenção do Estado, a democratização da gestão, entre outros elementos essenciais à construção de uma cidadania efetiva.

Mesmo estando continente a esse pensamento, percebo algum esforço na busca de alternativas com vistas a uma nova proposta assistencial, denotando alguns avanços da psiquiatria, ocorridos diferentemente nas varias regiões brasileiras em função de movimentos neste sentido, que embora insuficientes fazem-nos repensar acerca da problemática do atendimento psiquiátrico que temos disponibilizado à nossa população.

Tal situação, conflituosa e de contrastes, é inerente a momentos de transição, faz parte de um processo decorrente do contexto sócio-político-econômico e cultural, onde o discurso teórico-prático do movimento reformista recebe influência e também influencia o modelo assistencial vigente e aquele a que se propõe.

Vale lembrar que também na Itália, berço da Reforma Psiquiátrica, houve impasses na desconstrução de um modelo de assistência cronicante até chegar aos dias atuais, quando ainda se constrói um sistema reconhecido como referencia dentro da assistência psiquiátrica no mundo.

Assim, a trajetória brasileira, segue seu percurso na construção de um modelo de atendimento em Saúde Mental em consonância aos pressupostos do movimento antimanicomial e às doutrinas e filosofia da política de saúde, o Sistema Único de Saúde.

Há de se reforçar as iniciativas que procuram redefinir o papel dos profissionais e dos serviços de saúde, colocando a discursão sobre o significado do cuidado em Saúde Mental, sobre o sentido do processo de cura, nas parcerias interinstitucionais, além da criação de uma cultura de solidariedade e vivência de cidadania que garanta a inclusão social do individuo, sua autonomia e dignidade.

Nesse sentido, CAMPOS (1992) considera que o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Alguns aspectos da assistência psiquiátrica que levam à cronicidade, na medida em que esta não oferece respostas às crises e a seus significados, desconsiderando a interdependência dos problemas psicofísicos-sociais, permitindo que estes e o mal estar cronifiquem EVARISTO (1998). O autor ao mencionar a institucionalização, enquanto isolamento, reclusão, abandono, estigmatização e tratamentos inadequados como elementos propiciadores de um percurso institucional cronificante sugere reflexões cujos primeiro objetivo seja o de evitar ou não dar lugar a um percurso patogênico para depois criar um percurso terapêutico.

Considera ainda que a crucificação dos sintomas é sobretudo a cronificação da falta de recursos institucionais e, neste sentido propõe descronificar a instituição, o que significa modificar regras não mais funcionais, mas de valorização dos sujeitos nas suas funções dentro das instituições, suas individualidades e a criatividade dos trabalhadores de saúde. Significa destruir regras manicomiais considerando-se os direitos de liberdade de cada um, que certamente modificará a dinâmica dos hospitais psiquiátricos. Significa enfim, transformar as relações de poder existentes entre instituição e indivíduo (não mais paciente), compreendendo-o como membro de um grupo social.

Tais considerações têm embutidas a visualização de um outro modelo assistencial com diversas modalidades de atendimento, mais voltadas à comunidade e às necessidades do cidadão portador de um sofrimento psíquico, num tratamento mais humanizado, mais socializante, mais solidário e mais eficaz.

É evidente que o processo requer discursões no contexto do qual o indivíduo faz parte, visando suas relações familiares, de trabalho e também assistenciais, de forma a melhor inseri-lo no seu meio, dando-lhe a assistência devida, oportunizando mais

espaços de socialização, de recuperação de suas potencialidades (muitas vezes desprezadas), reabrindo sua comunicação na família e no seu ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência.

Isto significa incluir a família no tratamento, dando-lhe suporte, além de ampliar a compreensão da dinâmica das suas relações, com vistas a nortear a atenção dispensada à este núcleo social.

De acordo com BASSIT (1992) há uma corrente dominante que acredita no papel da família na determinação do surgimento de doença mental em um dos seus membros, tornando-o bode expiatório sobre o qual são jogados todos os problemas.

Macedo apud WAIDMAN (1999) lembra que por muito tempo os profissionais de Saúde Mental tinham a família como produtora de doença mental e não como aliada para recuperar o doente institucionalizado.

Atualmente é consensual que quando a família é apoiada e orientada tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida com a estrutura existente para a desinstitucionalização e reinserção social do indivíduo. Estudos citados por WAIDMAN (1999) apontam que a família é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando a idéia da necessidade dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde da área de Saúde Mental com vistas ao seu convívio com o portador de transtorno mental.

Portanto, cabe-nos crer cada vez mais na possibilidade de se construir uma nova ética no estabelecimento de relações indivíduo-sociedade, onde se insere a relação saúde-doença possibilitando que as relações terapêuticas sejam estabelecidas entre cidadãos.

Impacto financeiro

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o álcool é umas das poucas drogas psicotrópicas, que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade.

Em 1997, o Sistema Unificado de Saúde (SUS) gastou cerca de R\$50 milhões apenas com internações de pessoas acometidas por doenças relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas. A comercialização de bebidas alcoólicas no Brasil atinge 2,4% de PIB (Produto Interno Bruto), enquanto que os custos do alcoolismo atingem 5,5% do PIB, isto é, o poder público gasta o dobro do que arrecada com os tratamentos médicos.

V - Material e Métodos

A presente pesquisa foi realizada após aprovação da direção da Casa de Saúde Santa Maria. Onde foram revisados 457 prontuários de pacientes internados nesta Clínica nos meses de Janeiro a Junho de 2005, pelo convênio SUS (Sistema Único de Saúde), buscando estabelecer o perfil desses pacientes. Neste levantamento procurou-se definir o sexo, a faixa etária e as principais causas de internação.

VI – Discussão dos Resultados

Analisando os dados levantados, observou-se que o mês de março foi o que apresentou o maior número de internamentos, provavelmente em consequência dos festejos carnavalescos e no mês de Janeiro pelas festas de final de ano. Observou-se também que há uma maior incidência nas internações do sexo masculino e que o álcool é a maior causa das mesmas.

O comportamento das internações de janeiro a junho é mostrado nas tabelas abaixo:

Tabela 01 - Frequência das internações por sexo

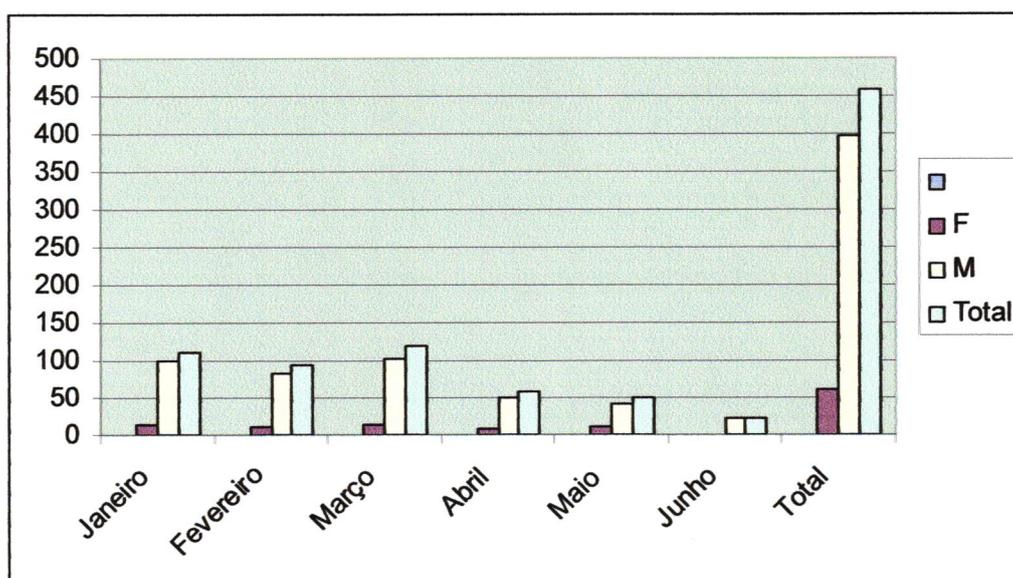
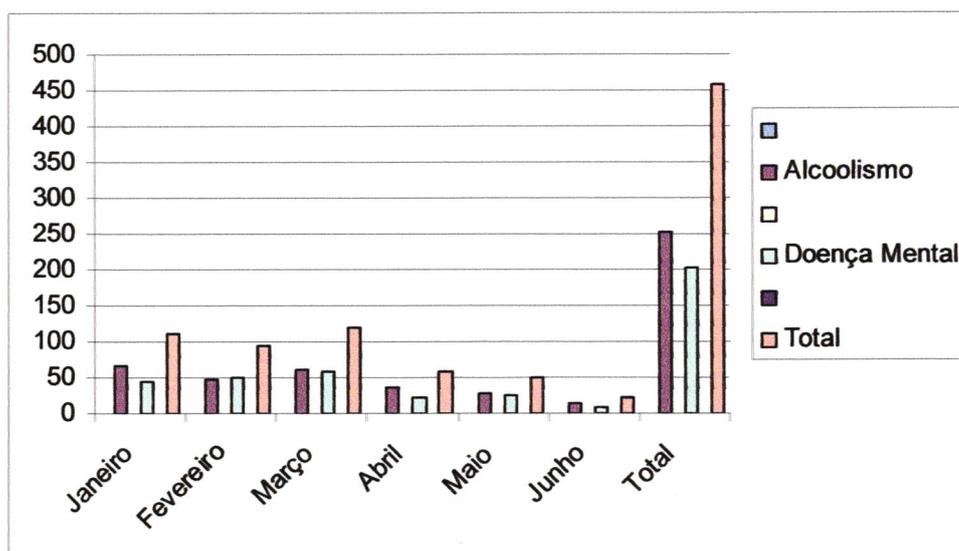


Tabela 01

Tabela 02 – Principais causas das Internações*Tabela 02*

Percebeu-se que de janeiro a março houve uma média de 110 internamentos ao mês, passando a existir uma redução de quase 50% a partir de abril a junho na média das internações. É possível, como foi dito, que tal redução deva-se ao fato das consequências do período festivo do final de ano e dos festejos carnavalescos, onde provavelmente existe um aumento do consumo de álcool e abstenção do uso regular das medicações de rotina.

Em relação à doença mental, alcoolismo e às causas de internações relacionadas na AIH (Autorização de Internação Hospitalar) com o código de Classificação Internacional das Doenças (CID 10) tivemos os seguintes resultados, como mostra a tabela abaixo:

Causa / Meses	Alcoolismo	Doença Mental	Total
Janeiro	68	44	112
Fevereiro	46	49	95
Março	62	57	119
Abril	35	23	58
Maio	27	24	51
Junho	15	07	22
Total	253	204	457

VII - Considerações Finais

A partir da análise dos dados pesquisados percebeu-se um alto índice de internações e reinternações, que pode ser causado pela deficiência no acompanhamento ambulatorial e/ou falta de apoio familiar.

Foi observado também que a falta de capacitação dos profissionais da rede básica (PSF – Programa de Saúde de Família) aumenta ainda mais as internações, pois os pacientes psiquiátricos não têm acompanhamento ambulatorial adequado sendo logo encaminhado para internamentos. Apesar de todos eles terem obrigatoriamente, antes de serem internados, que passar pelo CAPS (Centro de Assistência Psicossocial) de triagem, para obtenção de Guia de Internamento.

A auditoria, dentro dos conceitos modernos, além de analisar os custos das internações e o preenchimento dos prontuários, pode questionar a grande incidência de internações por alcoolismo nas clínicas psiquiátricas, podendo contribuir com propostas para os gestores, à luz dos dados encontrados, com ações que minimizem o impacto das internações como:

- Capacitar às equipes de saúde da família para abordagem dos doentes psiquiátricos.
- Criar Centro de Convivência com Terapeuta Ocupacional.
- Inferir a Qualidade da Assistência prestada nas Clínicas de Psiquiatria.
- Promover seminários de divulgação das ações do CAPS (Centro de Assistência Psicossocial).
- Acompanhamento das equipes multiprofissionais junto à família do paciente.

A maneira como jovens e pais relacionam-se reflete no comportamento cotidiano e na vida de ambos. A proximidade ou distância, o diálogo a presença ou ausência dos pais, a proibição ou a permissividade são fatores que influenciam os jovens de sua escala de valores e formas de inserção social.

Não necessariamente encontra respaldo na literatura a ênfase na família como importante condicionamento ao consumo de substâncias psico-ativas. A falta de diálogo em casa e as brigas familiares não necessariamente levam os jovens a procurar as drogas. Porém, tal contexto, associado a outros fatores, como a influência e a pressão dos amigos, a curiosidade e os conflitos existenciais, podem fazer com que aumente a possibilidade de os jovens virem a usar essas substâncias.

Conger (1998), resumindo propostas de diversos autores, enfatiza que a família é apenas um entre os vários contextos que interagem entre si e que afetam as trajetórias juvenis, sendo, portanto, fator de influência determinante para o uso e abuso das substâncias tóxicas, e do comportamento delinqüente.

O estado do relacionamento do paciente com familiares ou outras pessoas igualmente significativas pode ser fator crítico no ambiente pós-tratamento para pacientes que sejam casados ou que vivam com a família.

O Farrel cita que estudos mostram que os pacientes que receberam terapia conjugal comportamental começam a ter melhores resultados com relação ao alcoolismo que aqueles que não tiveram após um ano de acompanhamento. Estudos também indicaram que o envolvimento do conjugue no pós-tratamento, que os pacientes em terapia conjunta têm menor probabilidade de abandonar o tratamento, e que a terapia com intuito de melhorar o casamento como todo parece funcionar melhor que a terapia de casais concentrada rigidamente nos problemas relacionados ao álcool (terapia com envolvimento mínimo do conjugue ou apenas concentrado no álcool).

A família sem dúvida é de vital importância na recuperação do dependente em substâncias psico-ativas e para isso os pais devem ajudar a seus filhos a criar resistência às ofertas dessas substâncias que ocorrem às vezes na escola, nas festinhas nos shows musicais, na turma de amigos, e até mesmo muitas vezes dentro da própria casa. A educação dos filhos com amor, dando todo o apoio para que se oriente na vida, ajuda a criar resistência contra as drogas. Um ambiente familiar estável e a boa relação entre pais e filhos ajudam a estes a desenvolver os valores individuais e a confiança em si mesma que permitam resistir às chamadas “tentações” do mundo exterior.

Referências Bibliográficas

ABRAMAVAY, M. E. CASTRO, M. Brasília. Unesco. Rede Pitágoras, 2005.

ÁLCOOL: O QUE VOCÊ PRECISA SABER. Brasília. SENAD 2001 – Série Diálogo nº. 6 – 3ª Edição.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS PARA O BRASIL. Publicado na língua portuguesa, com autorização pelo CLAAB. Centro de Distribuição Literária. São Paulo. 4º Edição.

BASSIT, W. O conceito de família. In: D'INÁCIO, Mª (ORG) Doença mental e sociedade: uma discursão interdisciplinar. Rio de Janeiro, Qrad, 1992.

EDWARDS, G. O. Tratamento do Alcoolismo. São Paulo. Editora Martins Fontes, 1997.

EVARISTO, P. Gestão da psiquiatria na comunidade. Trad. M. Alice Pereira. Itália /Mimeografado, 1998.

GRIFFITH, EDWARD. Alcoólicos Anônimos. Atinge a maioria uma breve história do A.A. New York, 1998.

GRIFFITH, EDWARD. O Tratamento do Alcoolismo. Trad. José Manoel Bertolote. 1º Edição. Editora Martins Fontes. São Paulo, 1987.

HARRY, TIEBOUT. Alcoólicos Anônimos. Atinge a maioria uma breve história do A.A. New York, 1981.

JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. Rio de Janeiro: ECN, v. 43, n. 4, p. 205-211, 1994.

LEITE, M. C. Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de dependência de substâncias Psico-ativas. 3ª Ed. Brasília – SENAD 2002.

KLAUS H. G. REHFELDT. Álcool e trabalho. Editora Pedagogia e Universitária Ltda. São Paulo. 1989.

- MALDONADO, M. T.** Comunicação entre pais e filhos. São Paulo. Ed. Saraiva, 1994.
- RAMOS, S. P. E. BERTOLATE, J. M.** **Alcoolismo Hoje. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.**
- SILVEIRA D. X. e SILVEIRA E. X.** Um guia para a família. 5º Edição. Senad. Brasília, 2004.
- SINGER, PAUL.** Prevenir e Curar. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1987.
- TONICO, L. S.** Alcoolismo. Como entender e ajudar. 2º Edição. São Paulo. Paulinas. 1998.
- UNICEF** - Conferência de Alma Ata. Brasil, 1979.
- WAIDMAN, M. A. P.** Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: **LABARATE, R. C. (org)** Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto, FAPESP, 1999.