

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

Ester Sjobon Nápoles

**ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR E SAÚDE MENTAL NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**BRASÍLIA - DF
2015**

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

Ester Sjobon Nápoles

ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR E SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada
ao II Curso de Especialização em Saúde
Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília para a
obtenção do Título de Especialista em Saúde
Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Izídio da Costa

**BRASÍLIA - DF
2015**

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

Ester Sjobon Nápoles

ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR E SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof.
Avaliador 1 – (Escolhido pelo aluno ou indicado pela Coordenação)

Prof.
Avaliador 2 – (Indicado pela Coordenação em caso de Discordância dos 2 acima)

**BRASÍLIA – DF
2015**

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para minha família e amigos
que me incentivaram.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida.

Aos meus pais por guiarem os meus primeiros passos rumo ao que sou.

À minha irmã e filhas que assistiram de perto os meus esforços permeando a realização deste.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa.

À Dra Maria da Consolação André por todo apoio e disponibilidade, esclarecendo dúvidas e demonstrando sempre paixão em todo o trabalho exercido.

À Enfermeira Márcia Pereira de Souza que matriciou carinhosamente minha profissão e me impulsionou para essa iniciativa científica.

Ao Enfermeiro Wilton Keiti Inaba pela contribuição valiosa no decorrer e construção do trabalho.

A todos os professores que ministraram com tanto carinho as disciplinas.

Aos amigos que colaboraram e foram tão presentes.

A todos aqueles de alguma forma ajudaram a semear, cultivar e colher os frutos desse curso.

*"Se procuras uma mão disposta a te ajudar,
tu a encontrarás no final do teu braço."*

Provérbio Sueco

RESUMO

Este estudo descreve a experiência em uma unidade de terapia coronariana de um Hospital do Distrito Federal, o qual recebe pacientes cardiovasculares consequente de mal súbito. Não raro, alguns desses internos manifestam alteração de consciência. É proposto nesse trabalho uma abordagem qualitativa com o objetivo de salientar a importância da interação multidisciplinar, ressaltando a necessidade dos profissionais terem uma visão de totalidade do sujeito em suas necessidades inclusive emocionais, trazendo reflexões teóricas que possibilitem alcançar uma assistência integral e humanizada.

Palavras chave: Multidisciplinaridade, Atenção Integral, Saúde Mental.

ABSTRACT

This study describes the experience in a coronary care unit of a hospital at Distrito Federal, which receives cardiovascular patients victims of sudden illness. Often, some of these clients manifest altered consciousness. It is proposed in this work a qualitative approach in order to highlight the importance of multidisciplinary interaction, emphasizing the need for professionals to have a full view of the subject even in their emotional needs, bringing theoretical reflections that allow achieving a comprehensive and humanized care.

Keywords: Multidisciplinary, Comprehensive Care, Mental Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sinais e sintomas de abstinência do álcool.....	18
Tabela 2 - Número estimado de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana no período de 2012 a 2013	19

LISTA DE ABREVIATURAS

AOSD – Auxiliares Operacionais de Serviços Diversos

DF – Distrito Federal

GAE – Guia de Atendimento de Emergência

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NUPSI – Núcleo de Psicologia

PNH – Programa Nacional de Humanização

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SOE – Sem outra especificação

UCO – Unidade Coronariana

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	15
1. 1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	16
1. 2 RECORTE TEMPORAL E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DO ESPAÇO.....	17
2 DESENVOLVIMENTO.....	21
2.1 FAMÍLIA E REDE: POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO.....	21
2.2 ALGUNS APONTAMENTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DA LOUCURA.....	25
3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	29
3.1 CONSIDERAÇÕES: ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANA NAS UTIs.....	29
3.2 MULTI, INTER E TRANSDICIPLINARIDADE.....	31
4 CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES.....	35
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

O campo proposto para estudo é um hospital da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Distrito Federal que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sua assistência é de alta complexidade de nível terciário com referência em atendimento em politrauma, e trata-se de uma instituição pública de ensino e pesquisa. O atendimento as outras especialidades são realizadas via encaminhamento das diversas regionais de saúde.

O aumento na procura dos serviços emergenciais por jovens acometidos por arritmias cardíacas, infartos e pré infartos, tem alertado as equipes na recepção desses atendimentos de urgências/emergências. Esse fenômeno é percebido com frequência em relatos apresentados ou quando é solicitado a queixa principal da procura do serviço de urgência, que é o uso abusivo de drogas e tem sido um dos recorrentes eventos para esse mal súbito caracterizado por variáveis sociais e de comportamento, que compromete a saúde física e mental desses jovens.

Este relato de experiência discute sobre a dificuldade encontrada na prática rotineira, no sentido de oferecer uma assistência multidisciplinar e de caráter integral, que considere os aspectos psicossociais dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Clínica Coronariana (UCO), inaugurada há cerca de dois anos neste Hospital.

Por repetidas vezes, o paciente se nega a fazer uso de substância medicamentosa junto à equipe intensivista por vários fatores. Esse comportamento levanta a hipótese de que o atendimento multidisciplinar, que contaria com a presença do profissional (psicólogo e psiquiatra) com habilidade científica e ética para essa escuta do usuário, possibilitaria uma assistência integral, com informações precisas e em tempo hábil, para que a intervenção médica e posteriormente a internação, fosse acompanhada de um encaminhamento e acompanhamento na atenção psicossocial, oportunamente incluindo a família nessa atenção, pois no momento crítico desse tipo de internação, de modo geral os entes são muito presentes.

O hospital em questão ainda realiza procedimentos referenciando-se em um modelo de atenção à saúde predominantemente curativo de caráter quantitativo e desumanizado, mesmo com todas as campanhas preventivas e discursos contemporâneos de assistência integral, onde está incluído o elemento emotivo e psicológico do paciente e sua família, a constatação dessa realidade coloca em xeque esta unidade que é foco deste relato.

Esse modelo obsoleto e padronizado de procedimento, tem um caráter técnico e segue a matriz dos hospitais particulares, o que dificulta a viabilidade de um atendimento e acompanhamento multidisciplinar e interdisciplinar.

Para que a ampla área da assistência à saúde adquira efetivamente uma atenção integral e humanizada, se faz necessário que a gestão pública realize mudanças, que certamente passa pelo aperfeiçoamento e qualificação dos profissionais deste setor. Desta forma, os procedimentos assistenciais poderiam alcançar uma dimensão humana, fazendo uso de boas estratégias capazes de dar resolutividade aos problemas apresentados no conjunto do grupo multi e interdisciplinar, além de possibilitar mudança de atitudes.

Sob o ponto de vista teórico, o modelo multidisciplinar é realidade neste Hospital. No entanto, ainda não atingiu uma dimensão integral, posto que não tem sido considerada as características e necessidades do sujeito internado, que possibilitaria uma visão da totalidade e uma comunicação coerente com o conhecimento científico atual, que defende a interação entre todos os profissionais, promovendo efetivamente o modelo interdisciplinar.

Considerando todas as discussões, o objetivo geral desse estudo é relatar a minha experiência e percepção em relação ao acompanhamento clínico realizado na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Os objetivos específicos é ressaltar a importância da interação multidisciplinar entre os profissionais que recebem pacientes na UTI de um hospital que atende infartados e pré-infartados, muitas vezes em consequência do uso abusivo de drogas e dialogar sobre a magnitude do acompanhamento psiquiátrico e psicológicos desses pacientes que apresentam desordem de cunho emocional e necessitam de uma atenção integral e humanizada.

A importância do presente estudo sugere uma reflexão à diversidade disciplinar existente nesse espaço de terapia intensiva coronariana, permeando o cruzamento de conhecimentos na prática clínica visando atender e entender as diferentes necessidades do paciente, possibilitando repercussões de um melhor prognóstico, e ainda considerando a perspectiva da saúde integral do mesmo.

1.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia desta pesquisa científica se configura como um relato de experiência, que segundo Yoshida (2007) é um tipo de pesquisa que apresenta fontes de informações científicas sob o ponto de vista teórico (fundamentação), como também empírica (experiência do pesquisador).

Em se tratando de uma temática contextualizada na área da saúde, certamente houve uma preocupação em obedecer critérios de discussões, no sentido de explicitar uma realidade complexa, que envolve fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, ideológicos, dentre outros. Este relato tem como foco, a perspectiva da atenção humanizada que possa privilegiar estratégias multidisciplinar e interdisciplinares, cuja abordagem dialética contemple o paciente como sujeito social mais importante no processo de saúde e doença, (MINAYO, 1996).

Além disso, o presente estudo sugere uma reflexão sobre a qualificação e aperfeiçoamento profissional, que possa favorecer a comunicação entre os profissionais que acompanham pacientes numa unidade terapia intensiva coronariana, e que manifestam alterações de consciência e transtornos de cunho emocional e psicológico, portanto, merecedores de um acompanhamento integral e humanizado.

O problema desta investigação se refere ao comportamento apresentado pelo paciente internado na UTI Coronária Clínica, que apresenta desorientações e recorrência nessa Unidade, tendo como recorte, a saúde mental. Portanto, merecedores de uma assistência sistêmica, que inclui elementos orgânicos, técnicos, clínicos, científicos, sociais, culturais e psicossociais.

1.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O método de abordagem utilizado é o qualitativo-descritivo, cujas observações e reflexões permitem discutir parâmetros sociais e antropológicos que envolvem as relações humanas e profissionais. Conforme descrito, trabalhadores que atuam nesse Hospital do Distrito Federal prestam assistência na unidade intensivista de terapia, e passam de seis a dezoito horas seguidas com os pacientes, de duas a quatro vezes na semana: técnicos de enfermagem e radiologia, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e outras assistências.

O procedimento de coleta de dados foram livros e artigos que fundamentaram teoricamente os elementos descritivos deste relato de experiência, e as anotações pessoais que foram elencadas ao longo dos capítulos e que coloca em debate a perspectiva humana e psicossocial dos pacientes.

A estrutura desse trabalho de conclusão de curso segue os parâmetros normativos das demais pesquisas (problema, objetivos e metodologia), e textualmente é eminentemente descritivo, com caráter imparcial e científico e visa contribuir com a realidade evidenciada neste hospital, ou melhor, com as mudanças cabíveis que sejam capazes de promover a atenção e assistência integral dos pacientes.

1.3 RECORTE TEMPORAL E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DO ESPAÇO

O pronto socorro é a porta de recepção dos pacientes, onde fazem a guia de atendimento de emergência (GAE) sendo encaminhados para a sala de classificação de risco, cujo atendimento é realizado por um enfermeiro que faz um pré atendimento com avaliação da necessidade emergencial e classificação conforme um protocolo, para finalmente ser encaminhando à especialidade para procedimentos clínicos. Outro caminho para entrada de paciente são os encaminhados pela Central de Regulação Médica, que avalia as prioridades e o fluxo de pacientes nos hospitais.

A emergência psiquiátrica neste Hospital funciona como atendimento referenciado e por comorbidade, tendo poucos psiquiatras para suprir a demanda do pronto socorro, ambulatório e internação. O Núcleo de Psicologia – NUPSI está subordinado tecnicamente Gerência de Serviços Assistenciais, bem como ao Núcleo de Nutrição Dietética e ao Núcleo de Serviço Social, todos com poucos funcionários para atender uma grande demanda desse Hospital de alta complexidade

A Unidade de Terapia Intensiva Coronariana recebe pacientes infartados que advêm de Prontos Socorros, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e não raro apresentam desorientações, portanto, necessitando de uma intervenção psiquiátrica e psicológica. No entanto, recebem somente atendimentos psicológicos de acordo com a avaliação da equipe médica da unidade que fará a indicação/solicitação, e que também não existe atualmente a presença de um psiquiatra nesta equipe intensivista.

Nem sempre são disponibilizadas à toda equipe informações sobre o paciente admitido na UCO, que podem estar em uso de medicações benzodiazepínicos, ou alguma substância que podem levar ao infarto, e que também causam alterações na consciência. Nesse sentido, como possibilitar nesse espaço complexo de terapia intensiva, a garantia de uma assistência efetivamente integral ao paciente se não há uma atenção multidisciplinar?

Mesmo levando em consideração o delirium secundário, abstinência ao abuso de drogas e álcool ou homeostaticamente afetados, a presença de um psiquiatra nas orientações à equipe intensiva especificamente aqui experienciada na UCO é indispensável. Quanto ao psicólogo, ausente também nessa unidade, poderia assegurar um melhor prognóstico com informações de cunho assistencial clínica com a anamnese abordada esclarecendo

comorbidades, que deveria ser feita no momento da admissão e nem sempre é possível, haja vista a necessidade de urgência desse tipo de atendimento.

Botega e Dalgallarrondo (2012) referem quando do atendimento do paciente psiquiátrico e quanto à avaliação do mesmo, atentar para uma maior probabilidade desses apresentarem um maior risco de estarem com doenças físicas. Da mesma forma, quem apresenta doenças físicas tem maior probabilidade de apresentar sintomas mentais. Enfatizam os autores a importância dos médicos psiquiatras se manterem atualizados em clínica médica, e da mesma forma os médicos considerarem os sinais e sintomas em suas manifestações psicológicas. Exemplificam que algumas doenças provocam sintomas psiquiátricos como as cardiovasculares: isquemia miocárdica, arritmias, miocardite, síncope, prolapso de valva mitral; doenças como: respiratórias, neurológicas, endócrinas, reumáticas, nutricionais e outras.

Laranjeira et al (2012) explicam sobre usuários que ingerem quantidades de álcool por um período de tempo o bastante para desencadear a abstinência em sua sintomatologia mais intensa, demonstrando na tabela 1 os efeitos no organismo. Afirmam que esses sintomas começam a apresentar em apenas algumas horas após a diminuição ou parada da última ingesta e que geralmente se manifestam no período da manhã.

Tabela 1 - Sinais e sintomas de abstinência do álcool

Físicos

- * tremores (variáveis desde de finos até generalizados por todo o corpo)
- * náuseas e vômitos
- * aumento da temperatura corpórea
- * aumento da frequência cardíaca
- * aumento da pressão arterial
- * hipotensão ortostática
- * sudorese
- * cefaléia
- * câimbras
- * tontura
- * convulsões

Afetivos

- * irritabilidade
- * ansiedade
- * fraqueza
- * inquietação
- * depressão

Cognitivos

- * diminuição do campo vivencial
 - * ilusões
 - * alucinações (visuais, auditivas e táteis)
 - * pesadelos
-

Os ocupantes desses leitos da Unidade de Terapia Coronariana (UCO) diferem dos demais pacientes que necessitam de um atendimento intensivo de uma UTI. Geralmente os pacientes que precisam de uma UTI são crônicos, estão inconscientes ou em coma induzido, já os pacientes de UCO apresentam um bom prognóstico e estão conscientes. Ou seja, são pessoas que foram surpreendidas por um mal súbito que interrompeu sua rotina diária e agora estão submetidas a um frequente procedimento interventivo e invasivo. Apresentam um quadro de ansiedade em razão do processo clínico a que estão submetidos, manifestando um estado de alteração mental muitas vezes indefinido, que também em função de não reagirem às medicações que geralmente são utilizadas e indicadas.

Na UCO trata-se de um tipo de paciente que são infartados e pré infartados ficando internados sob assistência e cuidados paliativos, aguardando exames que definam o procedimento médico de angioplastia, cirurgia ou outro. Muitas vezes prolongam a internação por aguardar vagas num outro hospital especializado e terceirizado, pela falta de algum recurso nesta unidade hospitalar.

O período evidenciado deste estudo contempla a frequência do evento de alterações de consciência nos pacientes internados no período de abril de 2012 (período da inauguração da Unidade de Terapia Intensiva Clínica Coronariana), até o mês de abril de 2014, portanto, com um intervalo de dois anos.

Em média foram 600 internações nesse período (observado no livro de registro da unidade), sendo uma média de 02 pacientes apresentando alterações de consciência e comportamento por semana, fatos observados/vivenciados e anotados, conforme representado na tabela 2:

Tabela 2

Pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (2012 a 2014)			
Consumo de álcool e outras drogas (por relato)	Apresentaram alterações mentais		
	SIM	NÃO	TOTAL
SIM	158	50	208
NÃO	142	250	392
TOTAL	300	300	600

Fonte: elaborado pela autora por observação *in loco* e por dados em anotações em livro de registro da unidade

Waldow (1996) acrescenta que pessoas internadas em unidades de grande complexidade para tratamento, passam por processos de desorientação também por falta de uma interação humanitária. Conforme o quantitativo apresentado na Tabela 2, o grupo internado na UTI Coronariana e que apresentam adoecimento de caráter psicológico, manifestam alteração mental com/ou sem outra especificação (SOE).

Alguns fatores de estresse estudado em unidade de terapia intensiva pelo autor Bittencourt (2007) apresentam razões que colaboram para o desconforto:

- Do próprio ambiente (UTI) ser causador de estresse pela sua complexidade da assistência prestada, como os alarmes dos equipamentos causadores de barulhos, a movimentação dos funcionários e os procedimentos invasivos e outros;
- Do adoecimento coronariano proveniente do uso abusivo de substâncias lícitas e/ou ilícitas e abstinências;
- Dentre outros indicadores de sintomatologia como os delírios, delírium, delírium tremes, alucinações;
- Das comorbidades.

A Política Nacional de Humanização (SUS) objetiva qualitativamente a produção de saúde para todos, apontando para uma prática de interação com reconhecimento de modo subjetivo e singular de cada ser, valorizando quesitos tais como o respeito à dignidade e estar atento às necessidades acolhendo de forma integral e solidária, e uma das ações implementadas na atenção hospitalar refere:

Estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para os pacientes internados (com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais de acordo com as necessidades), com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, cartilhas da PNH (2008) p. 45

Nessa complexidade de relações humanas percebe-se a concorrência de classes, numa rede de interesses com autonomia e disputa de poder, funcionando com insatisfações dos sujeitos envolvidos e repletos de necessidades. A Instituição se estrutura portanto, num sistema hierarquizante e tosco, tolerado e absorvido como natural, contrário às propostas democráticas e participativas de um multiprofissionalismo visadas pelo PNH.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 FAMÍLIA E REDE: possibilidade de inclusão

A procura das unidades emergenciais por jovens acometidos por arritmias cardíacas, infartos e pré infartos, é um evento atualmente apresentado com frequência apontando nos relatos apresentados, o uso abusivo de drogas. Muito desses relatos são velados e solicitado ao profissional da saúde, sigilo absoluto, por medo de que a família tome conhecimento do uso indevido de drogas, ou da própria família que não quer explicitar o ocorrido aos seus outros vínculos.

Os recorrentes eventos para esse mal súbito caracterizado por variáveis sociais e comportamento de risco vem comprometendo a saúde física e mental desses jovens vulneráveis. A depender da gravidade e necessidade do atendimento hospitalar desse jovem, é nesse momento que a família toma conhecimento da seriedade do problema, momento propício para incluí-los num grupo de referência, visando um acompanhamento e terapia familiar.

O trabalho apresentado por Sudbrack (2003) fez parte de uma coletânea para a VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia. O tema por ela abordado propõe uma perspectiva filosófica tecendo uma nova compreensão nas terapias familiares e dependência de drogas, buscando mais uma alternativa para os terapeutas.

Sudbrack (2003), traz referências do filósofo francês Edgar Morin, que apresenta sistematicamente uma necessidade de pensar de forma articulada, desvendando as possibilidades em suas várias dimensões científicas, pautando na filosofia, e apreendendo a complexidade do real. Morin é um adepto de uma nova forma de pensar e fazer ciência, considerando a necessidade de responder aos dilemas atuais, segundo a autora como a desilusão dos jovens.

Ainda Sudbrack (2003) define suas questões clínicas e de pesquisa, fundamentada neste método de complexidade, defendendo que para “situações complexas é preciso soluções complexas”. Investiga uma forma de pensar no fenômeno das drogas não esquecendo da “singularidade das situações”, além do perfil de cada grupo social, enfatizando os indivíduos com suas angústias e seu poder de mudança.

O pensamento complexo apontado por Edgar Morin aqui aludido por Sudbrack

(2003), reitera que a ordem e a desordem não são opostos, mas complementares tal qual desintegração e a organização. Explica que do caos emerge a auto-solução permitindo a reorganização do sistema. **Caos**, frisa Sudbrack (2003), é um tema de recente interesse multi e interdisciplinar, que privilegia fenômenos negligenciados pela ciência clássica, uma verdadeira revolução epistemológica.

A experiência de Sudbrack (2003), nos trabalhos desenvolvidos no contexto da complexidade da clínica de drogadição e da clínica de terapia familiar, reafirma a necessidade de formação de equipes interdisciplinares o que colabora com os conhecimentos e estratégias de intervenções junto a pacientes infatados pelo consumo exacerbado de drogas.

Nessa linha de raciocínio, se faz necessário compreender a dependência de drogas, atentando para a ampla possibilidade de discussões interdisciplinares, sendo a psicologia, psiquiatria, política, justiça, farmacologia e outras como rede e forma de abordagem no tratamento, e ainda estabelecer vínculo com o sistema familiar.

Sudbrack (1993) reporta ainda que a família é tida como uma parte pertencente a uma rede social, e equipes terapêuticas que as utilizam como estratégia de potencial intervenção intencionando a inclusão assistencial, saúde e educação. Requerendo um novo lugar de referência no espaço sistêmico familiar, o adolescente manifesta sua autonomia ensaiando sua independência para estender sua inclusão também extrafamiliar.

Essa autonomia resulta de dependências que segundo Morin (2003), pode ser uma abertura flexível, permeada pelos integrantes da família para aumentar as possibilidade de independência do adolescente. O abuso de drogas enquanto sintoma nessa fase, advém do processo de individuação perante a inflexibilidade da família e impedindo a sua separação.

Flishman, Stanton e Rosman (1988, apud Sudbrack, 2003), expõe que o adolescente por estar iniciando um processo de drogadição, está menos submisso à desintoxicação e uso de farmacológicos como tratamento, pois seu estado ainda não é crônico. Atribuem a compulsividade pelas drogas está mais apontada para as relações familiares que seus vínculos de amizade. Afirmam que esses jovens tem menos envolvimento com delitos e por vezes delitos pequenos, que os adultos consumidores de drogas.

De qualquer forma, é estabelecido o caos no sistema familiar, diante da dramática descoberta de seu ente jovem usuário de drogas. Em busca de ajuda essa “família caótica”, se refere ao filho como um adoecido ou marginal. Assim, como todos os integrantes desse sistema caótico que estão em desarmonia, surge uma reconstrução da estratégia antiga que

não se aplica mais, dando lugar a um recomeço numa intervenção meramente terapêutica (SUDBRACK, 2003).

O jovem usuário de drogas geralmente é considerado pela sociedade como delinqüente e digno de punição, e ao mesmo tempo merecedor de um novo entendimento em que o aspecto desse comportamento se traduz em sintoma caracterizado pela transgressão. Explica que esse desafio do jovem é uma busca de lei representada na função paterna. Segue advertindo que o que não é expresso verbalmente, se traduz no ato de provocação, que é o uso da droga, impossibilitando a compreensão da mensagem.

Sudbrack (2003), decodifica esse ato como sintoma-comunicação, o que será expresso em palavras resultará no nascimento de um novo sujeito adolescente, junto a intervenções terapêuticas e educativas. Nesse sentido, o tratamento dessa faixa etária requer a participação da família, podendo envolver instituições como o jurídico, escola, igreja, e outros, formando uma rede em que o terapeuta possa contar como apoio.

É importante para o tratamento do jovem contar com os familiares pelo comprometimento responsivo, o que não acontece no caso dos adultos usuários. A dependência é relatada pelas famílias nas terapias como uma queixa principal a consequência do uso de drogas, e não mencionam os conflitos sociais e afetivos.

Sudbrack (2003), ainda avalia a dependência qualitativamente em categorias que são as de substâncias, afetivas e de contexto. Lembra que a dependência é um quesito de sobrevivência do humano, e que os dependentes patológicos advêm de uma constância de erros de aprendizagem e falhas no sistema de controle.

Colle (1996, apud Sudbrack, 2003), coloca a dependência em seis níveis de complexidade:

- 1 - **dependência de efeito** - que é o uso de uma ou mais substâncias nas diferentes formas;
- 2 - **relacionais afetivas** - para um dependente existe na família um ou mais co-dependentes que pode ter sido ou é usuário de drogas;
- 3 - **às pessoas implicadas no sistema de distribuição** – está relacionado com pessoas que dispõe o produto do vício tais como os revendedores, médicos, farmacêuticos, as formas lícitas e ilícitas;
- 4 - **dos fornecedores de dinheiro** - é a fonte financiadora ou forma para adquirir a droga;
- 5 - **dos pares** - é o sentido cultural da droga. Pode ser onde tudo começou para o adolescente,

e ser o único grupo de referência, e ainda ser o mesmo grupo de referência antes da dependência;

6 - **crença** - o sujeito acredita que o consumo de drogas resolverá as suas dificuldades sócio-afetivas.

A proposta para uma intervenção clínica na terapia familiar é de um enfoque sistêmico construtivista visando identificar “os sistemas aditivos” que são as estruturas disfuncionais. Aponta para uma intervenção não previsível de Neuburger (1995, apud Sudbrack, 2003), e “o quarto olhar” de Morin (apud Sudbrack, 2003), em que considera o conhecimento não sendo objeto puro, mas percebido. Segundo a autora, consiste em adotar uma nova postura na terapia familiar em que “re qualifica” os pais em sua função de instruir devolvendo sua competência perante à família que é a autoridade.

O modelo proposto por Sudbrack (2003), é de uma terapia com famílias em que se explicita uma redefinição de conceitos, encontrando auto-soluções e apropriações de recursos diante às situações complexas vivenciadas. Certamente a equipe interdisciplinar composta por profissionais de saúde, poderia intervir positivamente nesse processo.

Demonstrando que a relação familiar tem a própria resposta para o caos estabelecido pelo fenômeno complexo – drogas – é de suma importância a compreensão dos mediadores solicitados para essa ocorrência, com um trabalho onde estejam presentes as várias disciplinas formando um universo de propostas e formas criativas, inteirando e interagindo a incomplitude do conhecimento, juntamente com os membros familiares reconstruindo esse contexto.

2.2 ALGUNS APONTAMENTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DA LOUCURA

Considerando que o foco deste estudo são pacientes que apresentam estado de desorientação, alterações cognitivas, delírios, delírium e outras dessas naturezas mentais na UTI coronariana, convém algumas considerações sobre a loucura. A tentativa de desvendar a loucura não data de recentes inquietações. Os babilônios em 2.000 a.C. acreditavam em possessão demoníaca como causa às doenças mentais e a cura era uma combinação de magia e orações.

Também existem menções históricas do Antigo Egito relativo a estudos naquela era, em busca de respostas às doenças inclusive mentais, que perpassaram ao longo dos tempos até a nossa atualidade. Filósofos gregos como Aristóteles, Sócrates e Platão prescreviam como cura ao *pensamento desordenado* a força da palavra, num método convincente (SCHULTZ e SCHULTZ, 2006).

Foucault (2013), situa a época de crise religiosa e social ao final da Idade Média, mencionando a *Stultifera navis* de Brant (nau dos loucos) como símbolo do abismo imaginário do homem ocidental em face da loucura. O autor relata como ocorreu o surgimento de um local para pessoas acometidas por algum transtorno que as diferenciava da sociedade. Menciona que por volta do século XII foram construídos leprosários com a preocupação de evitar contágios, em que a doença se tornara um alto índice epidemiológico na Europa.

O declínio da doença, décadas depois, não ocorreu pelas investidas das práticas médicas que ainda eram obscuras, mas pelo resultado da segregação, uma exclusão que rompeu a doença de novos contágios e foi esvaziando essas construções. Essas estruturas construídas e abandonadas, destinadas àqueles que não tinham curas, agora se torna um campo ocioso. Surge a ideia de um local de isolamento para uma nova ocupação de portadores de doenças venéreas. Essas doenças suscitarão investimentos ao contrário da lepra, os tratamentos médicos. Com a diminuição também da sífilis o local se torna um espaço para os loucos, sendo os novos habitantes de antigos leprosários transformando em construções de manicômios.

Considerando as várias correntes que fundamentaram e que sustentam ainda hoje os métodos científicos, de antigos filósofos aos atuais estudiosos, Descartes no século XVII representou um grande marco nessa transição científica para a história, inclusive para as

ciências, como a psicologia, discutindo *mente e corpo* (SCHULTZ e SCHULTZ, 2006).

Pinel no século XVIII, contribuiu com seus registros em arquivos dos casos clínicos e considerava a doença mental passível de tratamento propondo hospitais específicos aos distúrbios emocionais. Seguiu uma linha moral disciplinadora, porém gentil que ao longo do tempo houve modificações institucionais, adotando recursos impositivos de tratamentos com medidas físicas incluindo cadeiras giratórias, mergulho em águas geladas ou duchas, sangrias, choques e outros que hoje consideramos cruéis, mas na época eram tentativas de ajuda. (SCHULTZ e SCHULTZ, 2006, p. 349-350).

O surgimento da medicina social aconteceu ao final do século XVIII, em que as doenças passam a ser investigadas sistematicamente com os registros e domínios de lugares insalubres, assistência e controle dos pobres e as vacinações dando origem à estatística médica sendo considerada traços sociais, econômicos e culturais para a saúde/doença da população, a medicina começa a tornar-se social, Foucault (1982). Hoje a saúde está estabelecida como parte da política pública, e as necessidades são manifestadas pelo povo nos movimentos sociais.

No século XIX a medicina se dividia em duas visões: a somática de causa física como lesão cerebral, e a psíquica com base nas causas psicológicas e emocionais que eram percepções explicativas para o comportamento anormal. Alguns cientistas como Freud tomaram como fatores emocionais de maior importância nascendo a psicanálise. Experimentos trouxeram descobertas da neuroanatomia e neurofisiologia adentrando o século XX, segundo (SCHULTZ e SCHULTZ, 2006, p. 350-353).

A Nau dos Loucos segundo Foucault (2013), surgida da Renascença, consistia numa expulsão dos insanos das grandes cidades, sendo entregues aos barqueiros e confinados ao embarque de seu próprio destino. Navios atracaram à margem das cidades, deixando à deriva muitos desses peregrinos e eram rejeitados. Cidade como Nuremberg acolheu grande parte desses insanos que não havendo tratamento, eram presos. Outros caíam em lugares como feiras e eram levados pelos mercadores e marinheiros como forma de limpar a cidade. Fica evidente que pela falta de solução se praticava a exclusão.

A visão renascentista da loucura é destacado por Foucault (2013), em meados do século XV como aspectos positivos do tema da loucura na ascensão da literatura e artes, substituindo o tema da morte, embora tendo como característica do pensamento dessa era a valorização da razão e da ciência.

Foucault (2013), relata filosoficamente os conceitos de loucura desde os primórdios do tema, em comum uma que ainda ouvimos como queixa de quem sofre de algum transtorno: o vazio, o devaneio, o buraco que nada preenche e que o tempo atormenta. Um navio à deriva de si mesmo.

A barca existiu de fato segundo o autor, e acolheu essas fraquezas humanas que não tinham destinos, assim hoje a *nave* que transporta os peregrinos são os recursos farmacológicos mal empregados, como o dar “sossego” ao ente querido inquieto, o conformismo ao indignado pelo mal acometido, ou ainda ao paciente “agitado” em seu leito hospitalar. Lícitas ou ilícitas essas químicas que aprisionam e mecanizam as coordenações motoras de quem as utilizam, ou prescrevem com essa intenção.

Pessoas que perambulam pelas ruas das grandes cidades com seus vícios fazendo suas “viagens”, incomodam a sociedade que dirige a eles olhares de repúdio, exigindo dos políticos medidas, que sem conhecimento de causa e efeitos, oferecem o “competente” comando da higienização. Como uma embarcação, às vezes levam ao longe pelas pistas e rodovias fora dos movimentos centrais urbanos. O transporte dessa bagagem humana sofredora são hoje as caravelas da exclusão e muitos dos seus instrumentos que sedam, drogam e dão continência desaparecendo do meio social.

O hospital psiquiátrico persistiu por longos anos numa prática de submissão e exclusão como procedimento terapêutico. O modelo biológico sofreu críticas levando em consideração outras hipóteses com bases em experiências sugerindo novos modelos. O acontecimento promoveu uma ruptura com os hospitais psiquiátricos dando novo rumo à compreensão da condição humana, surgindo a Reforma Psiquiátrica impulsionada por Franco Basaglia um psiquiatra italiano em 1969 (COSTA, 2003, p.139).

No Brasil, em 1987 se inicia o Movimento da Luta Antimanicomial em defesa dos direitos humanos, resgatando a cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais. Aliada à Reforma Psiquiátrica abre-se novos caminhos, propondo uma rede de serviços e estratégias a nível territorial e comunitárias, surgindo uma desconstrução do preconceito, a extinção dos manicômios ressocializando o sujeito vitimado por um sofrimento existencial (COSTA, 2003, p.140-145).

Alves (1996, p.27-30), faz citações quanto a adesão à Declaração de Caracas em 1990 no Brasil, em que foi atribuída a simplicidade e clareza do documento em suas estratégias, e que as mudanças assistenciais são o sentido básico e de consenso no país, um

redirecionamento de recursos financeiros e participação dos familiares e profissionais envolvidos na assistência extra hospitalar como determina o Programa de Apoio de Desospitalização (PAD).

Na mesma época, em 1990, foi regulamentada pelas Leis 8.080 - Lei Orgânica de Saúde – criado pela Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso igualitário e universal, porém é preciso a participação popular nos conselhos de saúde para quebrar os obstáculos como o modelo médico-assistencial predominante no país e que conspira contra os princípios fundamentais do SUS. Em 2001 foi aprovada a Lei Federal 10.216, que protege os direitos das pessoas com transtornos mentais redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 1990).

A proposta de diversificação e oferta de serviços tinha como objetivo desmistificar a crença em que o hospital psiquiátrico era o local ideal para a pessoa com sofrimento mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) surge como substituição ao modelo manicomial. Apresenta formas de pensar em que a reabilitação no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um processo sem precisão de fim, e sem momento preciso para início. Oferecer no CAPS continuamente a construção de um novo olhar, representada pela resiliência vivida pelos pacientes, familiares, equipes e comunidades numa mudança de interpretação dos problemas, caminhos de resolução, passando de dano para desafio (GOLDBERG 1996, p.33-47).

Pitta (1996) clama para a necessidade de uma mudança no atendimento cristalizado ao indivíduo psicótico, e chama para reflexão quanto ao convívio terapêutico de forma a contribuir para ressignificação da identidade dessas pessoas dentro das possibilidades de cada um, com olhar e escuta considerando cada caso.

Reconhecer possibilidades e desinstitucionalizar, tem sido apontado para uma forma digna de atenção integral em saúde, alargando nosso limiar de respeito aos direitos humanos desses pacientes.

3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANA NAS UTIS

Os princípios básicos da moderna terapia intensiva surgiram na década de 50, em consequência dos casos gravíssimos que acometiam os pacientes oriundos da guerra. Portanto, havia que separar aqueles que estavam pouco afetados, dos outros, que se apresentava em situação de gravidade. Era preciso fazer a separação dos pacientes mais graves, e colocá-los de forma que a assistência e a observação fosse constante (GIRARD ET AL, 2011).

Nesse sentido, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) se originaram da necessidade de uma observação contínua do paciente, e a medida que o tempo foi passando, foram evoluindo na perspectiva tecnológica e profissional. Outro fator a ser destacado é a instrumentalização da assistência a pacientes em UTIs, através, por exemplo, do suporte de oxigênio cuja concentração é elevada, além do uso de sonda gástrica para hidratação e alimentação, dentre outros. (GIRARD ET AL, 2011).

No Brasil, as primeiras UTIs foram criadas na década de 60, mais precisamente no Rio de Janeiro e em São Paulo, e em seguida se expandiram por todo o país. Foram concebidas com a finalidade de oferecer atenção contínua e aperfeiçoada, além de suporte avançado aos pacientes críticos, cujo estado clínico aparenta risco de morte. Por esta razão, essas unidades de internação dispõem de recursos com alta tecnologia, para auxiliar, e, se for o caso, substituir a função de órgãos vitais do paciente (KNOBEL, 1994).

Por exemplo, caso o paciente tenha falência pulmonar, são utilizados os ventiladores que substituem os pulmões. Caso o problema seja cardiocirculatório, são utilizados os antiarrítmicos e os fármacos vasoativos, que conseguem manter o funcionamento cardiocirculatório. No entanto, os avanços tecnológicos e os aparelhos sofisticados não são capazes de aliviar a dor dos pacientes, esta última, a dor, é identificada como o fator de maior estress na UTI.

Considerando os avanços técnicos da medicina, e, ao mesmo tempo, a utilização da tecnologia na recuperação da saúde e manutenção da vida, evidencia-se um considerável aumento na expectativa de vida. Exemplo disso são os recém-nascidos, cuja idade gestacional é considerada precoce, que não teriam como sobreviver sem o suporte dos aparelhos, como

também os adultos, em casos por exemplo, dos rins não exercerem mais suas funções vitais, e fatalmente faleceriam.

Contudo, não basta os avanços científicos e recursos tecnológicos sofisticados, posto que é preciso assistir o paciente de forma cuidadosa, integral e humanizada. Ou seja, a assistência aos pacientes deve ser permeada por valores humanos e éticos, uma vez que o conhecimento deve contribuir com o sentido humanizado da vida.

Pode-se afirmar que na atualidade, todo o sistema de saúde está passando por uma crise de valores e identidade, na qual a tecnociência parece ser valorizados, em detrimento do indivíduo. Por esta razão, Pessini (2004) coloca que frequentemente são observados ambientes tecnicamente estruturados, mas, por outro lado, sem harmonia humana. Esse processo de desumanização durante o acompanhamento é ainda mais notório nas Unidades de Terapia Intensiva, por conta do domínio operacional dos aparelhos e a realização de procedimentos técnicos.

Para Costa (2009), os profissionais que acompanham pacientes nessa condição, ou seja, vulneráveis e permanentemente monitorados com aparelhos são merecedores de procedimentos humanísticos, embora ultimamente os aspectos mecanicistas e lucrativos tenham prevalecido, descaracterizando sua prática nas últimas décadas. Essa mudança de conduta, conforme discussão ao longo deste trabalho é imprescindível para melhoria do sistema de saúde, mais precisamente para superação de problemas de relacionamento no local de trabalho, que corresponde à equipe multiprofissional.

3.2 MULTI, INTERDISCIPLINARIDADE E TRANSDICIPLINARIDADE

Conforme Sommerman (2006), o caráter da inter, multi e transdisciplinaridade passou por um processo evolutivo no contexto da ciência, e se inicia na Idade Média, com o advento da Teoria do Conhecimento, em que o homem é entendido como criatura de Deus e o Teocentrismo prevalecia sobre qualquer tentativa de inovação científica. Por volta do século XIII surge o Renascimento, período que se caracteriza uma nova cultura focada no homem. Na Idade Moderna, Descartes propõe um conhecimento partindo da certeza absoluta e da objetividade.

O mesmo autor fala dos saberes adquiridos ao longo do tempo numa perspectiva científica em que as disciplinas foram se fragmentando a ponto de tornar o estudo do homem o transformando em sujeito objeto. Na história ocidental considerando os recursos de conhecimento humano, o autor menciona o reducionismo como uma teoria em que busca explicar os fenômenos expressando em unidades diferentes as suas partes integrantes mais simples. Mecanicismo explica os fenômenos naturais referindo a matéria em movimento. Materialismo em que tudo é produto da matéria. O autor difere ceticismo como o que pode ser ético, metafísico e metodológico; o subjetivismo em que a verdade é afirmada pelo sujeito e dá validade para ele e o relativismo em que o conhecimento humano depende de fatores externos. Entre essas três correntes permeiam o criticismo.

O conhecimento disciplinar, segundo o autor, apresentou várias formas de lidar com os complexos fenômenos da realidade, colocando em prática o modelo multidisciplinar, no qual se procura reunir resultados das várias fontes disciplinares para lidar com situações mais complexas. Ainda com a crescente complexidade dos fenômenos naturais e sociais, partiu-se de uma visão global dos fenômenos propondo uma outra organização disciplinar dos conhecimentos enfocando a possibilidade de se reconhecer os métodos das várias disciplinas isoladamente. Surge então a interdisciplinaridade, transferindo e combinando as várias disciplinas resultando numa identificação de novos objetos de estudo.

Sommerman (2006) enfatiza que os distintos ambientes naturais e culturais manifestam uma forma de lidar com a realidade de diferentes maneiras em seus procedimentos e técnicas, cuja noção científica nem sempre se realizam no modelo disciplinar, multidisciplinar e interdisciplinar. O indivíduo toma consciência da sua essência, de sua aquisição de conhecimento, cooperando e compreendendo que sua inserção se dá pelo

relacionamento de respeito, integrando numa realidade com uma nova postura de reconhecer que não há um conhecimento final, que há uma permanente evolução diante de uma atitude aberta, de humildade em relação a outros sistemas de explicações e saberes, é a transdisciplinaridade.

Nesse sentido, há várias formas de pensar a transdisciplinaridade, sendo a que mais se aplica nesse contexto é a da pesquisa em que epistemologicamente se apresenta sob forma de metodologia, em que diante das oposições não as descarta, mas as trata considerando três pilares: complexidade; lógica do terceiro incluído; e os diferentes níveis de realidade (SOMMERMAN, 2006).

Botega (2012) explica que uma instituição em seu contexto assistencial tem o objetivo de priorizar às necessidades de uma população fornecendo seus recursos humanos habilitados e recursos materiais para execução dos procedimentos. Dessa forma mostra que a rotina define normas que vão sendo elaboradas no tempo e espaço regulamentando padrões que controlam ambigualmente o assistência e o assistido como que representando uma entidade que protege e castra; que alimenta e devora; como o dar e receber, tornando-se um ambiente de conflitos com sentimentos frustrantes e em outras situações de reparação.

Explica ainda Botega (2012) sobre a resistência dos profissionais numa instituição, se opondo às mudanças como forma defensiva de manter-se distante de conflitos. Nesse mesmo contexto institucional, segundo o mesmo autor, a multiprofissionalização tem aumentado na assistência ao paciente, porém tem ocorrido uma dissociação da equipe tratando o paciente como partes, desresponsabilizando cada área disciplinar por qualquer ocorrido com o assistido empobrecendo as inter-relações e comprometendo o tratamento final. Por fim, as demandas e urgências dos pacientes e profissionais se entrecrocaram na instituição causando um conflito sectário e generalizado na instituição.

Laranjeira et al (2012) alertam quanto a necessidade da intervenção no momento da chegada do paciente no pronto socorro afirmando uma melhora no prognóstico nessa oportunidade, afirmam ainda que há um despreparo dos profissionais no manejo dos pacientes com transtornos mentais e com os casos de complicações advindas do uso de álcool e outras drogas, e sugerem os autores um olhar cuidadoso na apresentação/internação desses pacientes em suas manifestações.

A substância psicoativa mais utilizada pela sociedade e que apresenta maiores consequências pelo seu uso abusivo e ou continuado é o álcool, apresentando suas

complicações nos vários sistemas do organismo, Laranjeira et al (2012) demonstra no quadro algumas considerações sobre indivíduos que chegam ao pronto socorro com as queixas e os sinais em relação ao sistema orgânico em questão:

Sistema Nervoso Central Amnésia lacunar / Convulsão Diminuição da habilidade motora Diminuição da capacidade cognitiva Neuropatia periférica Síndrome de Wernick-Korsakov Encefalopatia alcoólica Traumatismo crânio- encefálico Demência relacionada ao álcool Transtornos neuropsicológicos	Sistema ósteo-muscular Fraqueza muscular proximal Miopatia Osteopenia Quedas freqüentes e fraturas	Sistema Renal Rabdomiólise/Insuficiência Renal Aguda
	Anormalidades hematológicas Distúrbios de coagulação Anemias por deficiência nutricional	Alterações metabólicas Hipomagnesemia / Hipoglicemia Hipopotassemia / Cetoacidose
Sistema endócrino Hipoparatiroidismo transitório Alteração do ritmo menstrual Impotência sexual Ginecomastia Diminuição da libido Diminuição dos caracteres sexuais masculino	Sistema gastrointestinal Pancreatite crônica / Esteatose hepática Hepatite alcoólica / Hemorragia digestiva / Cirrose hepática / Gastrite Esofagite / Tumores	Sistema cardiovascular “Holiday Heart Syndrome”: episódios de arritmia supraventricular após grande ingestão alcoólica Arritmias: fibrilação atrial, flutter atrial, extrassistolia / Insuficiência cardíaca / Miocardiopatia alcoólica / Hipertensão arterial
	Dermatológico Pelagra / Eczema /Aranhas vasculares /Eritema palmar / Xerodermia / Deficiências nutricionais (vitaminas, minerais e/ou protéicas) / Ecmoses / Rubor facial	

Fonte: Laranjeira et al (2012) p.387

Laranjeira et al (2012) referem sobre a síndrome da abstinência do álcool, alertando que a mesma se manifesta logo após a diminuição e parada da ingesta em torno de 04 a 12 horas, apresentando uma evolução de sintomas que podem chegar de um estado não complicado ao complicado como o delirium tremes que se inicia a cerca de 72 horas da última ingesta. Os autores advertem quanto a avaliação diagnóstica na anamnese o reconhecimento dos sinais e sintomas para o tratamento adequado e eficaz, prevenindo um agravamento do quadro e vinculando às outras comorbidades.

Quanto a outras drogas, Laranjeira et al (2012) refere à utilização da cocaína e crack mencionando os riscos a que os usuários ficam expostos pela sua ilicitude e o uso simultâneo com outras substâncias. As complicações relacionadas com o uso nocivo está demonstrado pelos mesmos autores entre vários outros as arritmias cardíacas, isquemia do miocárdio, infarto agudo do miocárdio, cardiomiopatia, ruptura da aorta, embolia pulmonar, pneumomediastino e outros. O paciente com dores pré cordiais podem sinalizar um infarto agudo do miocárdio que somados a agitação psicomotora, delirium, convulsões e outros, deve ser avaliado clinicamente podendo apontar para sinais e sintomas mais comuns de overdose.

Nos casos de MDMA (*methylenedioxy-methamphetamine*) apresentam após a última ingesta de 24 horas a 01 mês alguns sintomas psiquiátricos podendo ser de ansiedades, psicoses, insônia, irritabilidade, reações de violência, perda de memória e outros. Dessa forma atentar a esses apontamentos de Laranjeira et al (2012) como alerta aos profissionais que lidam com pacientes em questão.

Esses aspectos apontam para o entendimento de que a drogadição é uma consequência de um sintoma da família, e o sujeito sintomático é quem revela conflitos nesse sistema causando desequilíbrio, e que com ajuda terapêutica para toda família pode trazer uma quebra nas resistências possibilitando uma reorganização do sistema (COLOSSI e PAZ, 2013).

Uma vez percebido o funcionamento e a dinâmica familiar do dependente químico e sua sitomatologia, Colossi e Paz (2013) sugerem uma intervenção de forma preventiva e terapêutica na família com intuito de amenizar o sofrimento. Assim compreenderam em suas pesquisas uma considerável importância do atendimento e acolhimento dos membros envolvidos como vínculo familiar no contexto do adicto. Seria portanto a inserção da família e a rede social como uma ampliação das possibilidades de motivação e adesão ao tratamento do dependente químico e a reorganização dos sujeitos envolvidos e representantes em seus papéis no contexto familiar.

As autoras criticam de que os serviços públicos de atenção à saúde necessitam de um atendimento psicossocial nesse contexto do adicto, considerando a família como uma rede de possibilidades, ampliação e de investigação a ser incluída no tratamento do dependente químico não o considerando como o adoecido, mas também o seu sistema familiar.

CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES

Este estudo apresenta uma discussão sobre a assistência de alta complexidade, mais precisamente numa Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital público do Distrito Federal. Evidenciou-se que o pronto socorro é a porta de recepção dos pacientes, onde fazem a guia de atendimento de emergência (GAE) sendo encaminhados para a sala de classificação de risco, cujo atendimento é realizado por um enfermeiro que faz um pré atendimento com avaliação da necessidade emergencial e classificação conforme um protocolo, para finalmente ser encaminhando à especialidade para procedimentos clínicos.

O aspecto enfatizado foi o aumento na procura dos serviços emergenciais por jovens acometidos por arritmias cardíacas, infartos e pré infartos, que tem alertado as equipes de comissão de frente desses atendimentos de urgências/emergências. Esse fenômeno é percebido com frequência, quando é solicitado a queixa principal da procura do serviço de urgência evidenciado pelos profissionais nos relatos dos pacientes, que é o uso abusivo de drogas e tem sido um dos recorrentes eventos para esse mal súbito caracterizado por variáveis sociais e de comportamento, que compromete a saúde física e mental desses jovens.

A emergência psiquiátrica neste Hospital funciona como atendimento referenciado e por comorbidade, tendo atualmente poucos psiquiatras para suprir a demanda do pronto socorro, ambulatório e internação, e conta com um ínfimo número de psicólogos do Núcleo de Psicologia – NUPSI subordinado tecnicamente à Gerência de Serviços Assistenciais.

Ao longo dos três capítulos este relato de experiência discutiu sobre a dificuldade encontrada na prática rotineira, no sentido de oferecer uma assistência multidisciplinar e de caráter integral, que considere os aspectos psicossociais dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, como uma unidade de clínica especializada, inaugurada há cerca de dois anos neste Hospital.

Foi constatado que a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana recebe pacientes infartados que advêm de Prontos Socorros e não raro apresentam desorientações, portanto, necessitando de uma intervenção psiquiátrica e psicológica. No entanto, recebem somente atendimentos psicológicos se na avaliação da equipe médica da unidade for aprovada a indicação/solicitação para contemplar o paciente, e ainda que não existe atualmente a presença de um psiquiatra nesta equipe de acompanhamento. Portanto, trata-se de um tipo de paciente que ficam internados sob assistência e cuidados muitas vezes paliativos,

aguardando exames que definam o procedimento médico de angioplastia, cirurgia ou outro. Os ocupantes desses leitos diferem dos demais pacientes crônicos que necessitam de um atendimento intensivo, pois eles apresentam um bom prognóstico. Ou seja, são pessoas geralmente com histórico de vida ativa sem doenças pré existentes, e que foram surpreendidas por um mal súbito e agora submissas a uma rotina interventiva. Além disso, apresentam um quadro de consciência normal, e se mostram ansiosos em razão do processo clínico a que estão submetidos, manifestando pelo estresse ambiental um estado de alteração mental ora indefinido, muitas vezes em função da não consideração por parte dos profissionais das comorbidades, e ou por não reagirem às medicações que geralmente são utilizadas e padronizadas.

Constatou-se que nem sempre são disponibilizadas informações sobre o paciente admitido na UTI Clínica Coronariana, que manifestam transtornos e uso de medicações benzodiazepínicos, ou alguma substância que podem levar ao infarto, e que também causam alterações na consciência. Nesse sentido, a problematização foi investigar como possibilitar na Unidade de Terapia Intensiva, uma atenção multidisciplinar com considerações transdisciplinares que garanta uma assistência efetivamente integral ao paciente.

Também verificou-se que por repetidas vezes, o paciente se nega a fazer uso de substância medicamentosa junto à equipe intensivista. Esse comportamento levanta a hipótese de que o atendimento multidisciplinar, que contaria com a presença do profissional (psicólogo e psiquiatra) com habilidade científica e ética para essa escuta do usuário, possibilitaria uma assistência integral, com informações precisas e em tempo hábil, para que a intervenção médica e posteriormente a internação, fosse acompanhada de um encaminhamento e acompanhamento na atenção psicossocial, oportunamente incluindo a família nessa atenção, pois no momento crítico desse tipo de internação, no geral os entes são muito presentes.

A constatação dessa realidade coloca em xeque que este hospital (foco deste relato), ainda realiza procedimentos nas UTI's, referenciando-se em um modelo de atenção à saúde predominantemente curativo, e de caráter quantitativo e desumanizado, mesmo com todas as campanhas e discursos contemporâneos de assistência integral e qualitativa, onde está incluído o elemento biopsicosocial do paciente e sua família.

Esse modelo obsoleto e padronizado de procedimento, tem um caráter técnico e segue a matriz dos hospitais particulares, o que dificulta a viabilidade de um atendimento e acompanhamento multi e interdisciplinar. Para que o viés de assistência à saúde adquira

efetivamente uma atenção integral e humanizada, se faz necessário que a gestão pública realize mudanças, que certamente passa pelo aperfeiçoamento e qualificação dos profissionais deste setor. Desta forma, os procedimentos assistenciais poderiam alcançar uma dimensão humana, fazendo uso de boas estratégias capazes de dar resolutividade aos problemas apresentados no conjunto do grupo multi e interdisciplinar, além de possibilitar mudança de atitudes.

Fica evidente que é preciso humanizar as UTIs, cuja demanda não se restringe somente a médicos especialistas e intensivistas, ao contrário, essas unidades necessitam de uma atenção psicológica e psiquiátrica, uma vez que o quadro apresentado pelos pacientes com alterações cognitiva e de comportamento configura uma demanda de ordem emocional e mental. Além disso, se constata o paciente com suas descompensações, ficando sob a sorte do atendimento padrão e tecnicista, provocando um quadro de ansiedade, de insegurança junto à família, por conta das informações confusas, imprecisas, setorizadas e individualizadas, caracterizando um tratamento de cunho paliativo, incompatível com uma intervenção voltada para a atenção integral, que respeita os aspectos psicossociais.

Sob o ponto de vista teórico, o modelo multidisciplinar é realidade neste Hospital. No entanto, ainda não atingiu uma dimensão integral, posto que não tem sido considerada as características e necessidades do sujeito internado, que possibilitaria uma visão da totalidade e uma comunicação coerente com o conhecimento científico atual, que defende a interação entre todos os profissionais, promovendo efetivamente o modelo interdisciplinar.

Considerando todas as discussões, os objetivos desse estudo foram alcançados, e corresponderam a relatar a minha experiência e percepção em relação ao acompanhamento clínico realizado na Unidade de Terapia Intensiva, ressaltar a importância da interação multidisciplinar entre os profissionais que atendem pacientes na UTI de um Hospital que atende infartados e pré-infartados também em consequência do uso de drogas e dialogar sobre a importância do acompanhamento psiquiátrico e psicológicos desses pacientes que apresentam desordem de cunho emocional e muitas vezes existencial necessitando de uma atenção integral e humanizada.

A metodologia deste estudo científico se configurou como um relato de experiência, que apresenta fontes de informações científicas sob o ponto de vista teórico (fundamentação), como também empírica (experiência do pesquisador). Portanto, possibilitou uma temática contextualizada na área da saúde, obedecendo critérios de discussões, no sentido de explicitar uma realidade complexa, que envolve fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos,

ideológicos, dentre outros. Além disso, este estudo refletiu sobre a qualificação e aperfeiçoamento profissional, que possa favorecer a comunicação entre os profissionais que acompanham pacientes numa unidade terapia intensiva coronariana, e que manifestam alterações comportamentais e mentais, transtornos de cunho emocional e psicológico, portanto, merecedores de um acompanhamento integral e humanizado.

O método de abordagem utilizado foi o qualitativo-descritivo, cujas observações e reflexões permitem discutir parâmetros sociais e antropológicos que envolvem as relações humanas e profissionais. Conforme descrito, trabalhadores que atuam em um hospital do Distrito Federal prestam assistência na unidade intensivista de terapia, e passam de seis a dezoito horas seguidas com os pacientes, de duas a quatro vezes na semana: técnicos de enfermagem e radiologia, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e outras assistências. Portanto, espera-se contribuir com os estudos na área da saúde e colaborar com a mudança desta realidade profissional.

Ainda algumas sugestões pelo apresentado no decorrer deste estudo seriam:

- A formação de grupos dos profissionais nas unidades de terapia com finalidade de estimular a interação entre categorias mutidisciplinares de forma que haja uma troca ocorrendo uma interdisciplinaridade;
- Pode-se pensar também na utilização da educação continuada para promover cursos de atualizações, cursos que enfatize a importância dos registros nos prontuários e o compartilhamento de informações que possam melhorar o prognóstico do paciente;
- Implementação de programas de humanização com participação do Núcleo de Psicologia e da Psiquiatria com intuito de compreender as alterações mentais e de comportamento apresentadas pelos pacientes para melhorar o manejo com os mesmos;
- Estimular estudos científicos e a prática acerca da prevenção e promoção da saúde inclusive mental, nos setores e unidades hospitalares com presença dessas comorbidades.
- Humanização dos profissionais, permeando supervisões e discussão de casos com uma equipe colegiada.

REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio Nascimento. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização: o programa de apoio à desospitalização (PAD) enquanto estratégia nacional de reabilitação. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 27-30.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al . Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 19, n. 1, Mar. 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05 Abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100007>.

BOTEGA, Neury José. (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 23-45

BOTEGA, Neury José; DALGALARRONDO Paulo. (Org.). Avaliação do paciente In: **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. Botega N. J. (Org.). 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 165-184.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acessado em 22 dez. 2014.

BRASIL, Presidência da República. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acessado em: 23 nov. 2014.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 139-140.

COSTA Silvio Cruz, FIGUEIREDO Maria Renita. Burg, SCHAURICH Diego. Humanização em unidade e terapia intensiva adulto: compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 13, supl. 1, 2009. p. 571-580. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1801/180115446009.pdf> - ISSN 1414-3283>. Acessado em: 14 dez. 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 9 ed. São Paulo: Perspectiva; 2013 [2010]. p. 03-44 (Estudos, 61)

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

GOLDBERG, Jairo Idel. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; 1996. p. 33-47.

GIRARDI, Jussara Fátima; LAHM, Janaina Verônica; KLASSMANN, Jaciane Cristina; SILVA, Simone Pereira; TAKAHASHI Luciane Silva. Humanização da Assistência Atribuída aos Profissionais da Equipe de Enfermagem que Atuam em Unidades de Terapia Intensiva. In: **II Congresso de Humanização**. Curitiba: 2011 Disponível em: <<http://anais.congressodehumanizacao.com.br/files/2012/07/RESUMO-121.pdf>> Acessado em 22 dez. 2014.

KNOBEL, Elias. **Condutas no Paciente Grave**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

LARANJEIRA, Ronaldo; REZENDE, Elton Pereira; RIBEIRO, Marcelo. Álcool e drogas: emergências psiquiátricas. In: **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Botega N. J. (Org.). 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 385-410

MINAYO Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996

PAZ, Fernanda Marques; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspéctos da dinâmica da família com dependência química. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 18, n. 4, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000400002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 26 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400002>

PESSINI, Leo. Humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. In: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. Orgs. **Humanização e cuidados paliativos**. SP: Loyola, 2004. p.11-28.

PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Thomson Learning Edições; 2006.

SOMMERMAN, Américo. **Inter ou transdisciplinaridade? da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes**. São Paulo: Paulus; 2006

SUDBRACK, Maria de Fátima O. Terapia familiar e dependências de drogas: construções teórico metodológicas no paradigma da complexidade. In: **VI Conferência Internacional sobre filosofia, psiquiatria e psicologia**. Brasília: 2003. Ética, Linguagem e Sofrimento - Trabalhos completos, 2003. p. 273-293.

WALDOW Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

YOSHIDA, Winston Boneti. **A redação científica do relato de caso**. SP: J. Vasc. Bras., 2007. 6 v.