

# Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral

Marco Antônio Pacheco\*  
Alfredo Cataldo Neto\*\*  
Fernanda Menezes\*\*\*  
Carlos Augusto Krieger\*\*\*\*  
Lídia Bersano\*\*\*\*\*  
Alexei Gil\*\*\*\*\*

## INTRODUÇÃO

Usualmente um paciente é internado em uma unidade de internação psiquiátrica quando todos os outros recursos extra-hospitalares esgotam-se. Isso quer dizer que uma indicação de baixa psiquiátrica dá-se por exclusão, que sempre se busca uma alternativa anterior e que o ideal almejado é nunca precisar internar um paciente psiquiátrico. Quando falha o tratamen-

to em nível ambulatorial e/ou quando a família não pode mais conter o paciente, este é levado à unidade de internação onde não apenas um, mas vários pacientes que necessitam de resguardo estarão aglutinados. Manejar várias pessoas mentalmente acometidas e com problemas de comportamento não é fácil. Além disso, sabemos mais sobre as ações das drogas do que sobre as ações das doenças, e a maioria das drogas eficazes atuais são paliativas, reduzem sintomas e nem sempre produzem o alívio desejável. Se olharmos a história remota (e a recente também) da psiquiatria, veremos que ela é rica em teorias e tratamentos bisonhos. Por isso, pensamos que descrever, discutir e debater esse extraordinário rol de vicissitudes que engloba a rotina diária de uma unidade de internação psiquiátrica em seus aspectos eminentemente práticos poderá lançar luz no nosso conhecimento, principalmente para aqueles que estão iniciando a prática psiquiátrica, sejam estudantes, estagiários ou residentes. Assim, o objetivo deste trabalho é descrever o funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica (UIP) em um hospital geral, e o foco da apresentação está centrado

\* Médico Psiquiatra Professor da Faculdade de Medicina do PUCRS, Mestre em Neurociências pela PUCRS e chefe da Unidade de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS.

\*\* Médico Psiquiatra Professor da Faculdade de Medicina do PUCRS e Doutor em Clínica Médica pela PUCRS, Coordenados do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da PUCRS e Supervisor dos Residentes da Unidade de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS.

\*\*\* Médica Psiquiatra Supervisora dos Residentes da Unidade de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS e mestre em psicologia pela PUCRS.

\*\*\*\* Médico Psiquiatra Supervisor dos Residentes da Unidade de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS e mestre em filosofia do conhecimento e da linguagem pela PUCRS.

\*\*\*\*\* Médica Psiquiatra Supervisora dos Residentes da Unidade de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS.

\*\*\*\*\* Médico Psiquiatra formado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

no trabalho e nas vicissitudes que um *staff* enfrenta diariamente numa UIP.

#### AValiação INICIAL

Todo o paciente que interna na UIP deveria passar primeiro na emergência do hospital geral onde pode iniciar a avaliação psiquiátrica pelo psiquiatra responsável por sua internação, exceto aqueles pacientes que vêm transferidos de outras unidades do próprio hospital. Dessa forma, o plantonista, após avaliar pessoalmente o paciente, poderá ratificar ou não a indicação de baixa psiquiátrica, no caso daqueles pacientes que já chegam ao hospital com uma indicação prévia. Os pacientes com transtornos de conduta, que não estão psicóticos e que têm capacidade de planejar intencionalmente agressões ou fuga, que podem camuflar suas intenções e que não estão dispostos a se submeterem às regras da UIP não podem, freqüentemente, ser internados involuntariamente, a despeito do desejo de ajudar e da boa vontade de seus familiares e de seu terapeuta. Muitas questões podem ser tratadas previamente com os profissionais que encaminham o paciente, mas somente a avaliação pessoal do médico responsável pela baixa poderá validar o caso real.

Alguns pacientes com enfermidade psiquiátrica crônica que vêm encaminhados para internação psiquiátrica podem, na realidade, necessitar de internação em unidades de outras especialidades, até mesmo de tratamento intensivo (UTI) e, se passarem antes pela emergência, a avaliação do clínico de plantão pode ajudar nessa triagem. Um paciente com esquizofrenia crônica pode parecer estar apresentando um quadro de catatonia ou de agitação psicomotora na vigência de um acidente vascular cerebral. Além disso, sabidamente outras condições médicas podem mimetizar quadros psiquiátricos, e um psiquiatra deve ter muita cautela antes de aceitar um caso que lhe gere dúvidas sobre a etiologia dos sintomas. Um paciente removido de um hospital do interior veio diretamente encaminhado para UIP para tratar seu alcoolismo, com um laudo do médico que o assistia na sua cidade. Diante disso, o clínico de plantão nem o examinou e logo tratou de chamar a psiquiatria. Somente pela insistência, muitas vezes incômoda, do psiquiatra, o clínico realizou um exame prévio no paciente, que foi então internado na UTI, devido a uma ceto-acidose diabética.

Desse modo, a avaliação inicial deve ser realizada sempre por um membro da equipe, na

sala de emergência do hospital, devendo ser diagnosticada qualquer outra condição médica não psiquiátrica subjacente, antes da internação ser efetivada.

#### INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

A UIP existe para resguardar pacientes afetados por alguma enfermidade mental que altere o psiquismo em seu juízo crítico, sua capacidade de conter impulsos e sua capacidade de controlar condutas, na iminência de expor o indivíduo a riscos de causar danos severos a si mesmo e/ou a outrem. Portanto, não é a doença que determina a indicação de internação e sim o tipo de alteração psíquica a que o paciente está submetido em virtude dela. Legalmente está previsto que a internação em qualquer de suas modalidades só será indicada quando recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes<sup>1</sup>.

*Os principais motivos de internação são estes:*

*Ato suicida, risco de suicídio ou de auto-agressão.* Pode ocorrer principalmente em pacientes com depressão, com esquizofrenia e em pacientes com transtornos do eixo II, em momentos de crises decorrentes de separações, frustrações, fracassos ou perdas relativamente significativas.

*Risco de homicídio ou de heteroagressão.* Pode ocorrer em pacientes com sintomas psicótico-paranóicos ou em pacientes com transtorno do eixo II, temperamento violento e baixa tolerância à frustração em momentos críticos em que falha o teste de realidade. Indivíduos que não têm um quadro clínico psicótico e que apresentam frieza emocional e capacidade de planejar e de camuflar suas intenções agressivas e/ou homicidas, na maioria das vezes, têm sua internação em UIP contra-indicada. A conduta agressiva que pode ser contida em uma unidade de hospital geral é aquela gerada por uma doença psicótica aguda que pode ser manejada com psicofármacos e contenção mecânica temporária (poucas horas) ou aquela presente em pacientes emocionalmente instáveis com descontrole de impulsos, que manifestam medo, sensação de culpa e recuperação do juízo crítico após o evento em que eclode a violência.

*Desorganização mental e/ou psicose produtiva com falta de cuidados mínimos e/ou agitação psicomotora e/ou exposição social.* Geralmente, ocorre em pacientes com psicose

aguda ou crônica, do eixo I, e em pacientes com delirium ou demência. Engloba os indivíduos que apresentam deterioração do funcionamento psíquico decorrente da própria doença cerebral ou devido a repetidos insultos neuronais por substâncias psicoativas. Alguns pacientes crônicos ou idosos que vão perdendo progressivamente a autonomia internam com o objetivo de a família e o paciente poderem elaborar e preparar a sua institucionalização futura.

*Exaustão familiar decorrente de doença mental.* É comum parente(s) cuidador(es) de pacientes acometidos de moléstia mental grave eventualmente extenuarem-se; assim, a indicação de internação tem o objetivo principal de dar umas “férias” a esse(s) desafortunado(s), para que possam recuperar suas forças. Esse tipo de baixa também a visa proteger o paciente de eventuais maus-tratos, mesmo inconscientes, decorrentes do esgotamento.

*Perda da autonomia psíquica devido ao comportamento de busca e fissura por substâncias psicoativas.* Corresponde a pacientes que perdem a competência mental devido a dependência química. Atenção especial deve ser reservada a pacientes dependentes de opióides, pois esses pacientes podem apresentar um discurso persuadível que negue sua condição e que, não raro, mobiliza e aciona familiares, amigos e autoridades para manter-se longe do tratamento. Exigem do médico um ânimo e uma postura inabalável para mantê-los em tratamento.

*Sofrimento mental intenso com solicitação de hospitalização do paciente ou por falta de suporte familiar.* Essa situação ocorre geralmente em quadros de ansiedade generalizada, de fobias ou de pânico. Ocorre também em indivíduos vitimados por tragédias, tais como perdas de um filho, principalmente por acidente ou assassinato. Os próprios pacientes podem ser as vítimas de assaltos ou de estupros. Na maioria das vezes, preenchem critérios para o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático ou estresse agudo. São pacientes com sofrimento mental maciço, que seguidamente não dispõem de suporte familiar que lhes propicie contenção e conforto suficientes. Daqueles pacientes com quadros de ansiedade generalizada ou aguda, em princípio, evita-se a hospitalização, visto que em geral respondem bem ao manejo no atendimento de urgência.

*Risco de provocar iatrogenia ou exames/procedimentos invasivos desnecessários.* Isso ocorre em situações extremas nos pacientes com diagnóstico de transtornos dissociativos,

conversivos, de pânico ou hipocondria, cuja sintomatologia mobiliza familiares e médicos a realizarem excessivos procedimentos diagnósticos e “terapêuticos” com potencial iatrogênico ou desnecessários. Engloba casos de síndrome de Munchausen, incluindo aquela dita por procuração, em que a mãe do paciente induz aos médicos a realizar procedimentos diagnósticos e “terapêuticos” em seu filho (geralmente bebê), simulando doenças através de insultos físicos nos mesmos. Dez por cento dessas crianças não atingirão a idade adulta<sup>2</sup>.

Cada caso é um caso e cabe ao médico responsável pela baixa (que também é o médico responsável legal pela baixa) de um paciente a decisão de interná-lo, lembrando que sempre será de bom alvitre discutir com colegas da equipe antes de se tomar uma decisão mais difícil.

#### *Modalidades de internação:*

*Voluntária* – se a pessoa a solicita para si mesmo, ou se consente. Esta deve assinar, no momento de admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento<sup>1</sup>.

*Involuntária* – aquela sem o consentimento do usuário e a pedido de um terceiro. No prazo de 72 horas, deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. O término da internação poderá ocorrer por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo psiquiatra responsável pelo tratamento.

*Compulsória* – aquela determinada pela justiça, sempre levadas em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários<sup>1</sup>.

#### ANAMNESE OBJETIVA

A anamnese objetiva, obtida com terceiros, costuma corroborar ou refutar a história subjetiva, aquela referida pelo paciente. Nos casos de delirium, por exemplo, informações claras são obtidas somente através dos familiares. Na vigência de psicose franca, os familiares podem informar sobre a evolução da doença, as medicações usadas e sua resposta. Quanto maior a alteração no exame do estado mental, mais ênfase damos à obtenção de dados da história através dos familiares. Tais entrevistas também informam sobre o funcionamento da família e

do paciente em seu meio, o que costuma alterar de forma positiva ou não o andamento do caso, conforme a estrutura do núcleo familiar.

Podemos observar as interações entre paciente e família, muitas vezes apoiando a decisão médica, outras vezes interrompendo de forma abrupta o tratamento hospitalar. Muitos segredos que concorrem para a desestabilização ou desencadeamento dos quadros também podem vir à tona nessas entrevistas, se bem exploradas. Devemos ter também o cuidado de preservarmos o sigilo médico, sobre as confidências do paciente perante sua família.

### INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Pacientes em um primeiro episódio psicótico, independentemente da idade ou da clareza do diagnóstico inicial, são sempre submetidos a uma avaliação clínica, que nos dá substrato para o prosseguimento da investigação com a chamada de um neurologista. Indivíduos com mais de 50 anos e hígidez mental prévia, que começam a apresentar sintomas produtivos de psicose tornam a investigação clínica e neurológica sempre imediata.

Usualmente solicita-se hemograma, plaquetas, eletrólitos séricos, provas de função renal e hepática e glicemia de jejum. Se houver história de promiscuidade sexual, solicita-se marcadores sorológicos para hepatite B e C, anti-HIV e VDRL. Para alcoolismo, acrescenta-se pedidos de fosfato e magnésio sérico. Para depressão, solicitamos T3, T4 e TSH ultra-sensível, como rotina.

A suspeita de uma doença orgânica leva a avaliações clínicas mais aprofundadas. No caso de uso de drogas ilícitas, a anamnese objetiva pode ajudar. Pode-se detectar a presença de metabólitos de cannabis e de cocaína na urina. Intoxicações por benzodiazepínicos são monitoradas pela clínica, não sendo necessário a sua mensuração sérica de rotina.

Superdosagem acidental ou intencional de drogas psiquiátricas requerem monitorização constante dos sinais vitais, de hora em hora, ou de duas em duas horas. Os exames solicitados são aqueles descritos acima, como uma ou mais gasometria para avaliação da saturação de O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub> e do balanço do Ph.

A dosagem da litemia sérica é solicitada após 4 dias de sua introdução e, após, sempre 4 dias depois do aumento das dosagens. Para carbamazepina e ácido valpróico, fazemos estas dosagens 7 dias depois da mudança da posologia.

O uso de drogas bloqueadoras dopaminé-

gicas leva-nos a um controle mais freqüente dos hemogramas.

Solicitamos eletrocardiogramas para pacientes acima dos 30 anos que iniciam uso de antidepressivos tricíclicos.

### USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS

O objetivo deste trabalho não é de discorrer sobre farmacologia especificamente; entretanto, parece-nos importante fazer algumas considerações sobre a dificuldade de se fazer um uso racional dos psicofármacos em pacientes mais graves, uma vez que esse item também engloba as vicissitudes encontradas em uma UIP.

Até recentemente, acreditava-se que o neurônio utilizasse apenas um neurotransmissor e, portanto, quanto mais seletiva fosse a droga, melhor corrigiria a neurotransmissão. Hoje sabemos que a função fisiológica de muitos neurônios é comunicar-se por meio de mais de um neurotransmissor, o que sugere que, para se influenciar a neurotransmissão, seria necessária a utilização de múltiplas drogas. Com efeito, a polifarmacologia vem crescendo maciçamente nos últimos anos. Porém, ainda nos ressentimos da falta de uma base racional para utilização específicas de múltiplas drogas de acordo com o princípio da co-transmissão e, por essa razão, a polifarmacologia ainda é empírica, quando não é irracional. O desafio é conseguir usar a polifarmácia de forma racional. A busca neurocientífica empreendida pela psiquiatria já começou, mas os tratamentos com base na abordagem múltipla certamente parecem não estar tão próximos<sup>3</sup>. Sabemos mais sobre as ações das drogas do que sobre as ações das doenças, e a maioria das drogas eficazes atuais foram descobertas ao acaso, com sorte e empirismo. Além disso, os tratamentos atuais são paliativos, reduzem sintomas e nem sempre produzem o alívio desejável.

Deve ter em mente, então, por exemplo, que, atualmente, não há forma racional de prever que antidepressivo tem maior probabilidade de ser eficaz em um paciente deprimido ou que antipsicótico seria melhor para cada esquizofrênico<sup>3</sup>. Tais opções são realizadas por tentativa e erro.

Não é incomum pacientes internarem na UIP utilizando até 5, 10 ou até mais psicofármacos simultaneamente, o que até pode ser explicável, visto a ansiedade que casos difíceis suscitam; porém, isso não é aceitável. Mesmo que se tenha em mente que os psicofármacos mais novos como os antipsicóticos atípicos tenham

um perfil mais seletivo com menos efeitos indesejáveis, em situações agudas, quando for necessário o rápido e efetivo controle dos sintomas, como é o caso dos pacientes de uma UIP, os antipsicóticos convencionais ainda têm a preferência. Posteriormente, com o paciente mais estabilizado, pode-se tentar ensaios visando à substituição pelo uso de psicofármacos mais seletivos.

Desse modo, o psiquiatra deve monitorizar-se constantemente para balizar sua prática em uma base teórica sustentável e eticamente correta.

#### MANEJO DOS PACIENTES EM INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

O tratamento hospitalar de perspectiva dinâmica pode ser extremamente útil no manejo de pacientes graves, inclusive psicóticos<sup>4,5,6,7,8,9</sup>. Em geral, a internação psiquiátrica é motivada por um colapso do equilíbrio psíquico do paciente, e seu manejo requer de toda a equipe terapêutica uma atitude coesa, integradora, continente e, por vezes, até restritiva. A internação serve não só como um “limitador” externo para a falta de controle de impulsos e de limites do paciente, mas também como uma experiência de como ele pode viver com controle sobre si, de forma benéfica.

As respostas terapêuticas do *staff* constituem os fatores centrais na recuperação através do ambiente, o que ressalta a importância do exame da contratransferência como parte do trabalho de rotina de toda a equipe<sup>4,5</sup>. Todos temos um potencial tanto para relações objetivas mais maduras (ativadas nas relações individuais), quanto para relações objetivas mais primitivas (ativadas nas situações grupais); a internação proporcionaria uma intervenção em ambos os níveis. Advoga-se que esta abordagem requer “um ambiente hospitalar ‘neutro’, ou seja, uma atitude da equipe não tendenciosa com relação ao conflito do paciente, num ambiente hospitalar amistoso e em geral tolerante, porém interessado e intelectualmente alerta”<sup>4,5</sup>.

*Ambientoterapia.* Para a equipe, sua função é de observação do diagnóstico e da evolução do paciente; enquanto para este, sua função é organizar e tranquilizar. Em atividades individuais ou grupais, o paciente desenvolve habilidades e readquire capacidades que haviam se deteriorado. Acredita-se que o convívio entre os pares ajuda o paciente a desenvolver autocrítica através do espelhamento que a doença de um oferece ao outro<sup>10</sup>.

A equipe assimila a idéia de que desempe-

na uma função de “ego auxiliar”, ajudando com o teste de realidade, controle de impulsos, previsão de conseqüências e diferenciação self-objeto. Em situações como agitação psicomotora, violência, atuação sexual, a equipe intervé com medidas físicas e estruturais que contenham o comportamento, controlando de forma direta a expressão do impulso. Da mesma forma, em pacientes gravemente deprimidos e/ou autodestrutivos, a equipe necessita ir contra e “aliviar” o superego implacável do paciente.

Os mecanismos de defesa mais presentes nos pacientes psicóticos e borderline são a dissociação e a identificação projetiva<sup>5</sup>. Estas duas forças operam conjuntamente com o objetivo de repudiar e externalizar conflitos insuportáveis para o paciente<sup>4</sup>. A identificação projetiva converte a dissociação intrapsíquica em interpessoal. A equipe necessita identificar quando estas forças estão operando e “engessando” o trabalho terapêutico e conter as projeções ao invés de identificar-se com as mesmas. Ao comportar-se de modo distinto do mundo do paciente, a equipe oferece novos objetos e novas formas de relacionamento, ajudando-o a internalizar relações objetivas menos patológicas<sup>5</sup>. Por isso, são importantes as reuniões de equipe e o auxílio à enfermagem, que mantém um contato mais direto e duradouro com os pacientes. Identificar sentimentos e atitudes frente aos pacientes, incentivando-os a expressar suas dificuldades e não atuá-las é fundamental para a compreensão e correta utilização da contratransferência.

O manejo da dissociação dentro do ambiente hospitalar pode ser vital para o bom funcionamento da equipe. Pacientes com transtorno grave de personalidade tendem a inconscientemente perceber os “pontos fracos” dos membros da equipe, promovendo verdadeiras “batalhas” entre estes, através da idealização de uns e desvalorização de outros. Assim, alguns “adoram” determinado paciente enquanto outros “se irritam profundamente” com ele. O exame desta situação vai permitir que se esclareça que estes dois aspectos do mesmo paciente são partes de seu conflito colocadas “a dedo” em membros específicos da equipe. Todos devem saber que o êxito da dissociação é o êxito da destrutividade do paciente e que na verdade o que irá realmente aliviá-lo será o manejo compreensivo e continente destas projeções por parte de toda a equipe terapêutica<sup>4,5</sup>. Segundo Gabbard<sup>4</sup>, certos sinais devem ser cuidadosamente monitorados nas reuniões de equipe: 1) quando um terapeuta é notadamente

punitivo com um paciente; 2) quando um terapeuta é inabitualmente indulgente; 3) quando um terapeuta repetidamente “defende” um paciente dos outros membros da equipe e 4) quando um membro da equipe acredita que ninguém mais pode entender o paciente.

Outro aspecto importante a ser destacado é o da “atuação”, o que freqüentemente é mal interpretado e inadequadamente manejado pelos membros da equipe<sup>4,5</sup>. É muito comum dizer de forma pejorativa e crítica que o “está atuando”, com o esquecimento de que este é um processo inconsciente. Justamente, por isso, alguns pacientes necessitam ser hospitalizados, e a equipe deve ajudá-los a refletir sobre suas experiências internas ao invés de automaticamente transformá-las em ação.

*Terapia ocupacional (TO)*. O paciente trabalha especificamente questões ligadas a seu conflito e doença através de atividades específicas. Assim, um paciente com descontrole de impulsos e intolerância à frustração poderá através de trabalhos manuais, por exemplo, exercitar sua capacidade de esperar, trabalhar metas a médio e longo prazo, tolerar o erro e aprender a recomeçar. Da mesma forma, um paciente esquizofrênico poderá ser estimulado em seus cuidados pessoais e socialização com o grupo.

*Autonomia versus vigilância*. Um paciente interna na UIP, via de regra, para resguardar-se de seus impulsos de natureza heteroagressiva e/ou autodestrutiva. Para tanto, faz-se imprescindível um sistema contínuo de vigilância, progressivamente flexível à medida que o paciente se recupera. Quanto menos regressivo, mais autonomia irá adquirir dentro da unidade até sua alta. Alguns pacientes necessitam de supervisão até mesmo em tarefas básicas como se alimentar e tomar banho. Outras vezes é preciso cercear a liberdade do paciente de telefonar, passear e até mesmo receber visitas, quando estes estímulos exacerbam sua sintomatologia. Cabe ao médico responsável tais decisões. Uma sugestão para o bom manejo ético e legal dessas questões é a do psiquiatra não “proibir” familiares de ver ou de falar com o paciente. O médico deve recomendar e instruir os familiares sobre como proceder em relação as visitas e telefonemas, explicando com paciência as razões do procedimento. Cabe aos familiares acatarem ou não essas recomendações, como cabe ao médico aceitar em tratamento aqueles casos em que se sintam livres para exercer sua profissão.

Os pacientes com síndrome cerebral orgânico (SCO) beneficiam-se das visitas e até mesmo da permanência de seus familiares na uni-

dade como forma de dar-lhes alguma referência e de diminuir ansiedade, especialmente nos primeiros dias de baixa.

Aos poucos, com a melhora dos sintomas psicóticos e do comportamento regressivo, os pacientes devem poder ir readquirindo sua autonomia. O uso que os pacientes fazem de sua liberdade é um interessante critério de avaliação de sua melhora. Alguns pacientes escamoteiam suas intenções, comportando-se cooperativamente dentro da internação, enquanto nos passeios burlam combinações previamente acordadas, afastando-se do grupo, fazendo telefonemas impróprios, comprando bebidas alcoólicas ou até mesmo tentando fugir. Alguns chegam a entrar em contato telefônico com advogados e pessoas solicitando alta.

Visitas, passeios e telefonemas, infelizmente, devem ser controlados, salvaguardando sempre o bem estar do paciente. Com relação ao uso de talões de cheque e cartões de crédito, assinatura de documentos e pagamento de contas, o ideal é que o paciente não precise envolver-se com tais coisas, já que via de regra haverá sempre algum prejuízo da crítica nos pacientes psiquiátricos que necessitam estar internados. No entanto, algumas questões devem ser cuidadosamente examinadas pela equipe terapêutica, já que podem significar um importante movimento de melhora do paciente.

Do ponto de vista ético e legal, devemos assegurar todos os direitos de cidadania aos pacientes, o que não impede que se possa deles exigir o cumprimento das regras de uma UIP, assim como em qualquer outro estabelecimento. Um adequado entendimento do paciente poderá evitar que a equipe exija do mesmo um nível de integração que ele não possua. Também proporciona a noção de que os limites associados à estrutura hospitalar não são punições ao comportamento regressivo do paciente e sim substitutos externos para as estruturas intrapsíquicas ausentes.

Todos sabem que mesmo em um hotel existem horários, como o café da manhã, por exemplo. Pacientes internados que não têm tolerância quanto a limites e horários tentam burlar as regras estabelecidas, alegando o cerceamento de seus direitos. Para evitar impasses, o psiquiatra deve fazer um contrato verbal claro e direto no momento em que o paciente ou o familiar decidir por sua hospitalização naquela unidade. Se o paciente ou os familiares responsáveis recebem instruções claras e honestas e com elas concordarem no momento da baixa, muitos problemas serão evitados. A maioria dos problemas de impasse decorre do fracasso da

relação entre a equipe e o paciente (família)<sup>9,7,11-13</sup>.

#### MANEJO DE SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

*Agitação psicomotora.* (APM) Com frequência, precede violência; em geral acontece em algumas situações clínicas específicas, tais como Intoxicação ou Abstinência (álcool, estimulantes, anticolinérgicos) Psicose (Mania, Esquizofrenia, T. Delirante, Retardo e Epilepsia); Delirium por Condições Médicas (Hipóxia, Hipertireoidismo, Acidose, TCE e Infecções), Pacientes com transtorno grave de personalidade (TP Borderline e Anti-social), especialmente quando contrariados em suas expectativas.

Alguns fatores que podem ser levados em conta pela equipe como preditores de violência: um dos diagnósticos citados acima em homem jovem sem suporte social, com história prévia de agressão, pouca tolerância às frustrações, comportamento paranóide, desconfiado, punhos cerrados, inquietude, musculatura tensa, fala alta, blasfêmias, delírios, irritação, euforia e exaltação

*Manejo verbal.* É a primeira tentativa de controle da situação. Um membro da equipe toma a palavra e dirige o manejo, embora os outros membros da equipe devam estar próximos, passando idéia de coesão e limite. Se a conversa for viável, tenta-se acalmar o paciente sem enfrentá-lo ou trazer à tona questões polêmicas. Dar noções de limite e do tratamento, mostrar que ele será ajudado e estará seguro. Manter a calma e a franqueza e, na medida do possível, ajudá-lo a corrigir distorções e diminuir temores.

*Manejo terapêutico.* Se o manejo verbal for insuficiente, isolar o paciente, evitar estímulos e proteger a si e a equipe.

*Medicação.* São usados antipsicóticos de alta e/ou de baixa potência, via intramuscular preferencialmente, associados ou não a benzodiazepínicos para aumentar a sedação.

*Contenção mecânica.* Necessária se, mesmo com as medidas acima, a violência for iminente. Obrigatoriamente exige um número suficiente de técnicos (5), para a cabeça e os 4 membros. Uma pessoa da equipe assume o comando e comunica ao paciente cada passo do procedimento, assegurando sua liberação assim que puder controlar-se por si mesmo. Ética e legalmente aumenta a responsabilidade do staff sobre o contido, agora indefeso de outrem. Ele não poderá permanecer sozinho, as contenções devem ser averiguadas com frequência para verificar se o paciente está bem, e

ele deve ser amparado nas necessidades fisiológicas. Contenções mecânicas não devem durar mais do que algumas poucas horas. Se o paciente necessitar ficar contido mais do que 12 horas, a comissão de ética do hospital deve ser comunicada.

*Risco de suicídio.* As condutas de todos os membros da equipe devem ser coesas e dirigidas para a vigilância e contenção de ansiedades desses pacientes. Seguidamente, com o correr dos dias, a vigilância da equipe esmorece sem o esbatimento do risco, por habituação ao paciente. Nesses momentos, um suicida grave pode aproveitar-se das falhas de sentinela para intentar seu logro dentro do hospital. Vital importância têm as reuniões de equipe com discussão franca de informações/impressões entre a equipe. É mais difícil, ainda que nunca impossível, um paciente conseguir suicidar-se em uma UIP, onde há um atendimento integrado.

É preciso garantir uma via livre de acesso para exteriorização das angústias e pensamentos suicidas que podem e devem ser examinados sem medo. O só-fato de saber que pode expor sua angústia e que será ajudado a conter o impulso suicida pode propiciar um grande alívio.

*Medidas ambientais no RS.* Tanto dentro quanto fora do hospital a vigilância e o afastamento de possíveis “armas” são as medidas “práticas” mais importantes a serem tomadas. O paciente com RS não deve ser perdido de vista por muito tempo, e nesse sentido as “ rondas” da enfermagem e/ou do médico de plantão têm uma função primordial. Ele não deve ter acesso a áreas que possam ser trancadas (banheiros ficam sem chave), e o banho pode ser monitorado por um auxiliar de enfermagem. Artigos de higiene tipo giletes, vidros de perfume e tesouras de unha ficam com a enfermagem e são usados sob supervisão. Se houver um suicida muito grave na unidade, todos os pacientes devem seguir esta rotina. Cuidado também com cadarços, cintos e qualquer tipo de fio forte que possa ser usado como força. Os talheres e pratos devem ser de plástico e cuidadosamente retirados e conferidos após cada refeição.

Outro cuidado importante é a conferência das tomadas da medicação de todos os pacientes, já que alguns costumam “estocar” comprimidos que não engoliram e podem vir a usá-los ou a dá-los a algum paciente suicida. Por fim, passeios fora da unidade devem ser reavaliados diariamente pelo médico. Exemplo: Uma paciente com TS, internada há 20 dias, que já estava sendo estimulada a passear fora da uni-

dade, volta a falar em suicídio após visita mobilizadora de um familiar e revela ideação de atirar-se na frente de um carro durante o passeio do dia anterior e por isso tem seus passeios temporariamente suspensos.

*Psicofarmacoterapia no RS* O diagnóstico subjacente é fundamental no manejo do risco de suicídio. Diversos estudos<sup>14-16</sup> enfatizam a presença maciça de doença psiquiátrica nos suicidas e o quanto estes não estavam suficiente e/ou adequadamente medicados quando da ocasião de sua morte. Esses estudos<sup>15</sup>, inclusive, enfatizam que é mais importante medicar-se adequadamente um paciente (até mesmo com medicações potencialmente tóxicas como o lítio) do que se preocupar em estar fornecendo uma arma ao paciente. A eficácia dos antidepressivos na redução de ideação suicida vem sendo comprovada, mesmo em estágios iniciais do tratamento, dando-se preferência aos de menor risco na superdosagem.

*Abordagem familiar no RS.* Não é incomum encontrarmos famílias absolutamente cansadas e/ou desligadas, especialmente nos casos de tentativas múltiplas de suicídio. Os familiares sentem-se freqüentemente agredidos, impotentes e tendem a “desistir” do paciente. Assim, é importante trabalhar o vínculo familiar ainda durante a internação do paciente. Também é comum encontrarmos familiares “facilitadores” do suicídio que parecem claramente (mesmo inconscientemente) “empurrar” o paciente para uma TS. Essas situações ocorrem geralmente em famílias de indivíduos com transtorno grave de personalidade e/ou abuso de substâncias, onde a psicopatologia deve ser encarada e abordada como parte do contexto familiar.

*Pós-alta no RS.* O período após a alta hospitalar do paciente, especialmente o primeiro mês, é o momento mais crítico em termos de RS. Assim, a aderência é questão de ordem no seguimento desses pacientes. Há uma diferença significativa entre o número de suicídios dos que permanecem e dos que abandonam o tratamento<sup>14</sup>. Portanto, a continuidade da psicoterapia e do manejo farmacológico deverá ser um dos temas trabalhados durante a internação.

## ALTA E ENCAMINHAMENTO

*Alta.* É um processo que inicia com a melhora sintomatológica do paciente e coincide com o seu desejo e sua capacidade de obter maior autonomia. Em geral, como já descrito anteriormente, a observação da equipe às mudanças dos sintomas, do juízo crítico, da atitude

e da capacidade de autogerência é que irá determinar as condições de alta do paciente. Assim, inicia-se um processo no qual o paciente (re)adquire progressivamente mais autonomia, tendo inclusive saídas de dentro do hospital acompanhado da família, nos quais irá se deparar com as situações de vida (casa, família, relacionamentos afetivos, etc.) que “deixou fora do hospital” e que de alguma forma vinham lhe provocando sofrimento. É comum que este processo tenha “idas e vindas”, já que muitas vezes os pacientes não toleram o retorno para sua realidade e podem voltar a apresentar sintomatologia. A intenção de alta, nesses casos, é retardada, até que nova tentativa possa ser feita. Nos casos em que o paciente e a família observam que houve melhora ou no mínimo manutenção da sintomatologia prévia ao passeio, o processo de alta evolui naturalmente.

Considera-se que condições mínimas de alta sejam ausência de sintomas francamente psicóticos (embora em alguns psicóticos crônicos possa haver sempre alguns sintomas residuais); ausência de risco de suicídio (exceção aos pacientes com risco crônico como descrito anteriormente); e condições de autogerência (exceção para pacientes já dependentes, como os demenciados).

*Encaminhamento.* O paciente deve também ser tratado no processo de alta, o que é muito importante na prevenção de novas situações de internação. Se o paciente ainda não tinha um médico assistente antes da baixa, o ideal é que conheça seu futuro terapeuta dentro da unidade psiquiátrica e que possa já ir formando um vínculo, “preparando” seu tratamento ambulatorial.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Uma unidade de internação psiquiátrica precisa resguardar com bom manejo não apenas um paciente, mas vários indivíduos com déficit de juízo crítico e desordens de comportamento cujas famílias não podiam mais contê-los. A farmacologia ainda é empírica e paliativa, a despeito dos grandes esforços e avanços científicos alcançados nos últimos anos. Existem movimentos sociais que pleiteiam o fim das internações psiquiátricas e advogam, com razão, os direitos dos pacientes. Dentro desse contexto, torna-se essencial a busca pela discussão e pelo conhecimento científico que embasa e respalda as condutas e manejos dentro de uma UIP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stobbe, Andrea C. R. Internação Psiquiátrica Involuntária: Tratamento médico, Cárcere privado e Direito de Liberdade [dissertação] Porto Alegre: PUCRS; 2002.
2. Ebert, Michael H. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento/ Michael H. Ebert; Peter T. Loosen; Barry Nurcombe; trad. Maria Cristina Monteiro, Lúcia Porto e Alceu Fillmann – Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
3. Stahal, Stephen M. Psicofarmacologia – Base Neurocientífica e aplicações práticas – Segunda Edição – MED-SI Editora Médica e Científica Ltda. 2002.
4. Gabbard, G. Tratamentos em Psiquiatria Dinâmica III: Tratamento Hospitalar Dinamicamente Informado. In: Gabbard, G. Psiquiatria Psicodinâmica. Porto Alegre, Art-Med Editora, 1994: 113-129.
5. Kernberg, OF. Diagnóstico e Manejo Clínico de pacientes com potencial Suicida. In: Kernberg, OF. Transtornos Graves de Personalidade. Estratégias Psicoterapêuticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995: 216-224.
6. Rosenfeld H. Impasse e Interpretação. Rio de Janeiro. Imago, 1988.
7. Zimermann D.E. Impasses: reação terapêutica negativa. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artemd, 1999.
8. Balint M A falha Básica: aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
9. Boyer L.B, Giovachini PL. The Inevitability of a Therapeutic Impasse. In: Boyer L.B The regressed patient. New York, Jason Aronson, Inc. 1983.
10. Winnicott D. (1963). Comunicação e falta de comunicação levando o estudo de certos opostos. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983, pp. 163-74
11. Racker H. (1955). Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre. Artes Médicas, 1982.
12. Bollas C. (1992). Inocência violenta: a experiência do receptor. Sendo um personagem. Rio de Janeiro, Revinter, 1998, pp.133-54..
13. Ferro A. (1997). O impasse. Na sala de análise: emoções, relatos, transformações. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1998.
14. Rive W. Emergency Department Assessment of Suicidal Patients. The Psychiatric Clinics of North America, 1999: 779-787.
15. Schmitt R, Chachamovich E, Kapczinski F. Risco de Suicídio: Avaliação e Manejo. In: Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre, ArtMed Editora, 2001: 149-165.
16. Allen MH. Assessment and Treatment of Suicidal Patients in a Emergency Setting. In: Emergency Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Publishing Inc, 2002: 75-107.

## RESUMO

*O objetivo deste trabalho é descrever o funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica (UIP) em um hospital geral em seus aspectos eminentemente práticos. Reunir vários pacientes psiquiátricos graves e manejá-los é uma tarefa desafiadoramente árdua. A farmacologia ainda é empírica e paliativa, a despeito dos grandes esforços e avanços científicos alcançados nos últimos anos. Tentar discutir o embasamento que respalda cientificamente as condutas e manejos dentro de uma UIP poderá lançar luz ao nosso conhecimento, principalmente daqueles que estão iniciando a prática psiquiátrica, sejam estudantes estagiários ou residentes.*

*Descritores: Unidade psiquiátrica em hospital geral, psiquiatria, mecanismos de avaliação em saúde mental.*

## ABSTRACT

*The aim of this study is describe the general hospital psychiatric unit functioning regarding their empirical and practical aspects. Getting together to care many inpatients with several mental disorders can be a hard task. The pharmacology is empirical and palliative despite great efforts and development neuroscientific in last years. Try to discuss the conducts and management of the care with this inpatients can brig the light to the know how to proceed with them, mainly for who is beginning the psychiatric practice like students and residents.*

*Key words: General hospital psychiatric unit, psychiatry, health care evaluation mechanisms.*

*Title: Functioning aspects of a general hospital psychiatric unit*

Endereço para correspondência:  
Marco Antônio Pacheco  
Av. Taquara, 386/605 – Petrópolis  
90460-210 – Porto Alegre – RS  
E-mail: marpach@pro.via-rs.com.br

Copyright © Revista de Psiquiatria  
do Rio Grande do Sul – SPRS