
Indivíduos com transtornos de ansiedade

17

OBJETIVOS DO APRENDIZADO

Após estudar este capítulo, o aluno será capaz de:

- Descrever os sintomas exibidos por uma pessoa com os diagnósticos clínicos de transtornos de ansiedade, somatoforme ou dissociativos.
- Discutir sobre os fatores causais associados com os transtornos de ansiedade.
- Citar os efeitos desejados, efeitos colaterais e efeitos adversos dos medicamento ansiolíticos.
- Discutir sobre a técnica de tratamento psicoterápica.
- Descrever comportamentos que a enfermeira tende a observar em um indivíduo com transtorno de ansiedade.
- Citar exemplos de diagnósticos de enfermagem aplicáveis a um indivíduo que está sofrendo de um transtorno de ansiedade.
- Desenvolver um plano hipotético de atendimento de enfermagem para um indivíduo com transtorno de ansiedade.

A maioria das pessoas levam vidas normais, livres de ansiedade, através de uma adaptação bem-sucedida à tensão e à ansiedade, usando de várias estratégias e mecanismos, tanto conscientes quanto inconscientes. Contudo, grande parte não consegue valer-se efetivamente dessas defesas. Na verdade, os dados liberados recentemente pelo National Institute of Mental Health indicam que 8,3% da população norte-americana sofre de um transtorno de ansiedade no curso de 6 meses. Essas pessoas precisam continuamente dedicar-se a certas atividades e adotar comportamentos que visem controlar uma ansiedade intolerável, em um esforço inútil em atingir um estado de equilíbrio físico e emocional. No passado eram rotulados de "neuróticos", tanto pelo sistema de atendimento à saúde mental, quanto pelo público leigo. Esse termo foi substituído por uma frase mais elucidativa: "transtornos de ansiedade".

Como aqueles que sofrem de transtornos de ansiedade estão em contato com a realidade e freqüentemente reconhecem a inadequação de seu comportamento, muitas enfermeiras costumam aceitá-los como pessoas que estão necessitando de atendimento. A fim de adquirir-se uma maior compreensão acerca desses indivíduos, é importante desenvolver-se algum conhecimento sobre os conflitos emocionais com os quais eles lutam e os modos como usam os sintomas para lidar com a ansiedade derivada desses conflitos.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

Embora a ansiedade seja reconhecida desde a Grécia Antiga, os transtornos que se derivam diretamente de uma incapacidade para adaptar-se ao estresse e à ansiedade subsequente não foram trazidos ao centro das atenções até o início do século XX. Naquela época, Sigmund Freud (1856-1939) identificou o papel que a ansiedade exerce na vida inconsciente dos indivíduos e demonstrou como ela afeta sua percepção da realidade e o comportamento que daí advém.

Durante a época Vitoriana, quando Freud exercia sua profissão, muitas mulheres sofriam de *histeria*. Esse transtorno manifestava-se por uma fadiga e fraqueza inexplicáveis, "perda dos sentidos" e outras formas de comportamento dramático. Hoje essas pessoas seriam diagnosticadas como exibindo uma disfunção derivada de uma ansiedade que se sobrepõe às capacidades de adaptação do indivíduo. Freud desenvolveu a técnica da psicanálise, através da qual ele ajudava-as a explorar o nível inconsciente de suas mentes em busca dos conflitos emocionais expressados nesses sintomas. Ele descobriu que a natureza desses conflitos freqüentemente centralizava-se sobre atos sexuais agressivos, reais ou fantasiados. Devido à cultura da época, na qual esperava-se que as mulheres assumissem um papel passivo e dependente, é compreensível que tivessem poucas oportunidades para resolver esses conflitos e expressá-los através de sintomas indicadores de passividade e dependência.

As manifestações dos transtornos de ansiedade mudaram ao longo dos anos. Hoje é raro encontrar-se um indivíduo que exiba os sintomas clássicos de histeria, embora os transtornos fóbicos sejam comuns. Essa alteração na sintomatologia levou os estudiosos a acreditar que os comportamentos específicos, inconscientemente escolhidos pelo indivíduo para expressar o conflito emocional, são determinados, em parte, pelas sanções da sociedade. Por exemplo, desmaiar à vista de sangue não seria culturalmente aceitável hoje, mas um medo incomum e irracional de alturas evoca simpatia nesta era de arranha-céus e aviões a jato.

A incidência de disfunções relacionadas com essa ansiedade esmagadora também aumentou acentuadamente nas três últimas décadas. Não existem dúvidas de que esse aumento está relacionado com a tensão crescente, associada com a sociedade pós-industrial altamente complexa na qual vivemos. Na verdade, a última metade do século XX freqüentemente tem sido chamada de "a era da ansiedade".

Apenas as pessoas com formas mais graves de transtornos de ansiedade são hospitalizadas. Portanto, até recentemente as enfermeiras não tinham muita experiência no atendimento aos indivíduos com formas mais brandas de transtornos de ansiedade. Desde que o atendimento à saúde mental passou para a comunidade, entretanto, as enfermeiras receberam a oportunidade e o desafio de intervir terapêuticamente com esses clientes, em uma base de atendimento externo.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade são categorizados em sete grupos: de pânico, com ou sem agorafobia; agorafobia; fobia social; fobia simples; transtorno obsessivo-compulsivo; de estresse pós-traumático (DPEP) e de ansiedade generalizada. Essas doenças são todas caracterizadas por sintomas de extrema ansiedade e comportamento de evitação.

Os *transtornos de pânico* são caracterizados por ataques recorrentes de medo intenso ou desconforto inesperado e que não estão obviamente asso-

Os transtornos de ansiedade caracterizam-se por sintomas de extrema ansiedade e comportamento evitativo.

cia
ans
ner
ar
cor
ace
ou
lou
mu
de
esp
mo
sua
san
e lu
fobi
cap
ond
um
com
mec
um
ou s
estru
vari
ao c
sint
mor
faz
que
com
men
tênc
um
Tod
cons
a pe
preo
tir, v
a ess
men
corp
sivo-
rativ
preo
norm
riênc
sivo
za di

ciados com uma situação percebida conscientemente como provocadora de ansiedade pelo indivíduo. Aparentemente esses ataques ocorrem "sem mais nem menos". Os sintomas experimentados durante um ataque são falta de ar ou sensação de sufocamento; tontura, sentimentos de falta de força no corpo ou perda dos sentidos; asfixia; palpitações ou batimentos cardíacos acelerados; tremores; suores, náusea ou aflição abdominal; ondas de calor ou calafrios; dor ou desconforto torácico; medo de morrer e medo de ficar louco ou fazer algo incontrolável.

Uma *fobia* é uma reação de medo patológico desproporcional ao estímulo. A sensação dolorosa foi automática e inconscientemente deslocada de sua fonte interna original e vinculou-se a um objeto ou situação externa específica. A fobia pode focalizar-se sobre qualquer coisa que, de algum modo, sugira morte, doença ou desastre.

A *agorafobia* consiste de um medo de lugares abertos. A incidência de sua ocorrência está aumentando. O indivíduo manifesta agorafobia expressando temor de ser deixado sozinho ou de sair de sua casa. Evita multidões e lugares públicos, pois prevê alguma forma temível de colapso. A agorafobia é particularmente incapacitante, porque interfere acentuadamente na capacidade de o indivíduo viver uma vida normal.

A *fobia social* é um temor persistente de qualquer situação de grupo, onde a pessoa acredita que será o foco de atenção e na qual teme agir de um modo que lhe cause humilhação ou embaraço. A fobia social mais comum é o medo de falar em público. Os indivíduos que sofrem desse medo muitas vezes sentem-se aterrorizados ante a idéia de que sofrerão um colapso na frente da audiência ou de que ficarão mudos.

A *fobia simples* é caracterizada por um medo persistente de um objeto ou situação específicos. O indivíduo pode temer lugares abertos, corredores estreitos, salas pequenas, águas correntes, escadas, lugares altos, animais variados ou qualquer outro objeto ou situação específicos. Quando exposto ao objeto ou situação temidos, o indivíduo imediatamente responde com sintomas de intensa ansiedade que desaparecem com a mesma rapidez no momento em que é afastado do objeto ou situação. Portanto, essa pessoa faz esforços enormes para evitar expor-se a isso.

Uma *obsessão* é um pensamento ou idéia indesejável, mas persistente, que se apresenta de forma forçada à consciência. O pensamento é carregado com grande, mas inconsciente, importância emocional. Esse tipo de pensamento pode incluir dúvidas insistentes, desejos, temores, impulsos, advertências e comandos. Uma *compulsão* é um impulso irresistível para realizar um ato ou ritual contrário aos desejos e padrões comuns do indivíduo. Todas essas idéias intrusivas, anseios e temores indesejados aparecem na consciência como se fossem autogerados de forma independente.

O indivíduo que sofre de um *transtorno obsessivo-compulsivo* é levado a pensar ou fazer algo que reconhece ser inapropriado ou tolo. Há uma preocupação excessiva com uma idéia isolada ou uma compulsão em repetir, vezes sem conta, certos atos contra seu melhor julgamento. Subjacente a esses estados compulsivos ou obsessivos, está uma personalidade geralmente sensível, conscienciosa, tímida, meticulosa e precisa sobre as funções corporais, vestuário, deveres religiosos e rotina diária. O transtorno obsessivo-compulsivo é uma doença emocional séria, porque essas idéias imperativas controlam tanto o indivíduo que esse se torna um escravo de sua preocupação mórbida e quase não consegue desempenhar seu trabalho normal ou atividade social.

O *transtorno de estresse pós-traumático* (DEPT) caracteriza-se pela experiência repetida de terror associado com um evento psicologicamente opressivo que foi realmente vivido em um momento anterior da vida. A natureza disso está sempre fora da faixa das experiências humanas comuns, tais

como guerra, desastre natural, estupro ou outras situações incomuns que ameaçam a sobrevivência da pessoa ou de seus entes queridos. Os *flash-backs* da experiência e o terror que os acompanham são freqüentemente precipitados por um estímulo relacionado com o evento original. Por exemplo, a explosão de um automóvel pode reacender a ansiedade originalmente experimentada quando o indivíduo serviu no exército. Esse transtorno foi amplamente divulgado no final dos anos 70 e início dos anos 80, já que muitos combatentes do Vietnã apresentaram tais características.

O *transtorno de ansiedade generalizada* caracteriza-se por uma ansiedade irrealista ou excessiva e preocupação acerca de duas ou mais circunstâncias de vida, que geralmente são determinadas no decorrer de sua evolução. Por exemplo, um pai ou mãe de meia-idade pode temer ir à falência e não viver para ver o filho formar-se na universidade. Em contraposição, os adolescentes podem apresentar ansiedade irrealista acerca de seu desempenho nos esportes, atividades extracurriculares ou acadêmicas.

Embora não consistam de transtornos de ansiedade, incluímos aqui uma breve descrição dos transtornos somatoformes e dissociativos, porque ocorrem como adaptações disfuncionais à ansiedade.

TRANSTORNOS SOMATOFORMES

Os transtornos somatoformes caracterizam-se por sintomas físicos de longa duração generalizados, na ausência de doença física demonstrável.

A maioria dos transtornos somatoformes são caracterizados pela presença de sintomas físicos generalizados e de longa duração na ausência de patologia orgânica demonstrável. Esses incluem um transtorno corporal dismórfico, no qual uma pessoa de aparência normal tem uma preocupação com algum defeito imaginário, tal como a forma ou tamanho do nariz; hipocondria, na qual o indivíduo preocupa-se e teme ou crê ter uma doença séria, como resultado de sintomas físicos vagos e numerosos; transtorno de somatização, no qual a pessoa busca constante atenção médica para o tratamento de queixas somáticas múltiplas e recorrentes não provocadas por qualquer transtorno físico, e transtorno conversivo.

O *transtorno conversivo* é um exemplo de transtorno somatoforme. Consiste de um modo de reação psicológica deliberada, embora inconsciente, na qual o indivíduo usa um sintoma físico como um disfarce em uma tentativa de solucionar algum problema agudo ou satisfazer alguma vontade, cuja gratificação aberta ou consciente é para ele inaceitável. A conversão representa um mecanismo instintivo primitivo ao qual a pessoa recorre quando é incapaz de adaptar-se através dos métodos comuns de atividade voluntária racional.

A pessoa que usa um transtorno conversivo seleciona um conjunto de sintomas que simboliza seus problemas. São ditados pela sugestão ou por alguma familiaridade anterior com pessoas que tinham realmente esse problema. Paralisia, cegueira e epilepsia são males comumente apresentados pela pessoa que está usando a conversão. Os sintomas são físicos, mas nenhuma patofisiologia subjacente pode ser demonstrada.

Não importando que forma os sintomas assumam, o aspecto característico da conversão é a atitude de indiferença do indivíduo acerca de suas deficiências. Parece haver um ar de satisfação no indivíduo com um transtorno conversivo. Ele parece estar mais aliviado do que aflito, uma atitude que imediatamente sugere que está mais confortável com o problema físico do que com o tormento mental.

TR.
Os t
ções
grac
o tra
den
dela
pess
sent
torn
natu
que
part
oco:
ago
Nãc
tem
out:
os j
pre
me
mai
tori
FA
DE
Os
no
um
dos
pri
ace
ind
tan
est
des
to,
ger
ado
ger
em
do:
ali
sãc
pe:
irr.
po

TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS

Os transtornos dissociativos caracterizam-se por uma perturbação nas funções de identidade, memória ou consciência, que normalmente estão integradas no indivíduo saudável. O transtorno dissociativo mais dramático é o transtorno de personalidade múltipla.

O *transtorno de personalidade múltipla* caracteriza-se pela existência, dentro da pessoa, de duas ou mais personalidades distintas, cada uma delas assumindo de forma recorrente o controle sobre o comportamento da pessoa. Cada personalidade é distinta em si mesma, freqüentemente representando atitudes e comportamentos opostos. Acredita-se que esse transtorno é causado por um trauma no início da infância, provavelmente de natureza sexual, que resultou em uma quantidade excessiva de ansiedade que ameaçava destruir o indivíduo. Como defesa, o indivíduo "dissocia" partes da personalidade.

Não causa surpresa o fato de o transtorno de personalidade múltipla ocorrer predominantemente, embora não exclusivamente, nas mulheres e agora supõe-se que seja mais comum do que se acreditava anteriormente. Não é comum a pessoa ter apenas duas personalidades; a mulher típica tem de treze a quinze e o homem típico, de cinco a oito personalidades.

Cada uma dessas personalidades pode ou não estar consciente das outras. Conseqüentemente, cada uma delas parece ser incapaz de explicar os períodos de tempo durante os quais as outras personalidades tinham predominância.

O transtorno de personalidade múltipla tem sido trazido ao conhecimento do público através de histórias de casos publicadas em livros. Os mais conhecidos são *As Três Faces de Eva* e *Sybil*. Infelizmente, esse transtorno muitas vezes é incorretamente associado com esquizofrenia pelos leigos.

FATORES ETIOLÓGICOS DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade provavelmente originam-se das experiências no início da infância. A maioria das autoridades concorda que representam um conflito entre duas pulsões ou desejos divergentes que foram recalçados no inconsciente. Acredita-se que o conflito gira em torno de impulsos primitivos inaceitáveis para a pessoa e de sua necessidade simultânea de aceitação por outras pessoas significativas.

Esse conflito não causa, necessariamente, dificuldades, desde que o indivíduo tenha energia psíquica suficiente para mantê-lo reprimido. Entretanto, quando a energia é desviada pela necessidade de lidar com outros estressores, o ego não mais pode efetuar um compromisso entre esses desejos divergentes e a ansiedade ameaça tornar-se consciente. Nesse ponto, os sintomas desenvolvem-se como uma adaptação à ansiedade emergente. Isso explica por que a sintomatologia aparece primeiro durante a adolescência, quando o indivíduo deve adaptar-se a estressores que surgem com o desenvolvimento que são potentes. Além disso, a sexualidade emergente e tumultuada da adolescência ativa conflitos sexuais reprimidos, não-resolvidos.

Os sintomas dos transtornos de ansiedade visam, simultaneamente, aliviar a ansiedade e obscurecer a natureza do conflito. Assim, os sintomas são símbolos socialmente aceitáveis do conflito original. Por exemplo, a pessoa que lava compulsivamente as mãos está consciente de seu medo irracional de germes, mas está totalmente inconsciente de seu anseio sexual por sua mãe. Ao lavar compulsivamente as mãos, dez vezes após usar a

Os transtornos dissociativos são caracterizados por uma perturbação na integração normal da identidade, memória ou consciência.

A maioria das autoridades concordam que os transtornos de ansiedade representam um conflito entre dois desejos ou pulsões divergentes que foram recalçados na mente inconsciente.

toalete, ele sente alívio da ansiedade causada por seu conflito. Infelizmente, isso é apenas temporário, porque sua ação não abordou diretamente a fonte da ansiedade. Assim, o ritual deve ser repetido a intervalos regulares.

Deve-se entender que um número crescente de pesquisas indica a probabilidade da existência de uma predisposição fisiológica ou neuroquímica para o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade. Em outras palavras, algumas pessoas parecem ter sistemas nervosos mais irritáveis do que outras, tornando-os menos capazes de processar o input para atingir um equilíbrio psicológico. Assim, estabelece-se um círculo vicioso, onde as manifestações fisiológicas da ansiedade manifestada tornam o indivíduo menos capaz de lidar com os conflitos emocionais. Portanto, uma predisposição fisiológica pode ser necessária, embora não suficiente, para o estabelecimento de uma subsequente adaptação disfuncional à ansiedade. Essa teoria, em combinação com as crenças anteriormente descritas acerca do desenvolvimento dos transtornos de ansiedade, ilustra a inseparabilidade do sistema humano e a falácia de buscar-se uma causa única para essa forma de perturbação emocional.

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS

A palavra *ansiolítico* refere-se à capacidade para aliviar a ansiedade ou a tensão emocional simples. Infelizmente os medicamentos ansiolíticos frequentemente são chamados de *tranquilizantes menores*. Esse termo é enganador no sentido de que esses medicamentos não têm um efeito tranquilizador e são potentes agentes químicos que apresentam um efeito importante sobre a química do corpo. A falsa crença de que os agentes ansiolíticos são tranquilizantes menores indubitavelmente levou ao fato de ser inapropriadamente prescritos para os indivíduos que não estão mentalmente enfermos, mas que estão passando por ansiedade associada com estados de crises. Em muitos casos, os indivíduos que buscam alívio da ansiedade abusam desses medicamentos. Essa prática é perigosa, porque não apenas trazem um desequilíbrio fisiológico, mas também podem criar um falso senso de bem-estar, diminuindo a motivação da pessoa para abordar e resolver os problemas dos quais a ansiedade deriva-se.

Os medicamentos ansiolíticos são mais apropriadamente usados para 1) o tratamento de indivíduos que sofrem de *delirium tremens*; 2) o alívio da ansiedade dos indivíduos que sofrem estresse situacional moderado (por exemplo, pré-operatório); 3) potencializar medicamentos anticonvulsivantes; 4) aliviar espasmo muscular e 5) reduzir níveis de ansiedade endógena, de alto a moderado para um nível de moderado a leve, tornando o cliente capaz de beneficiar-se da psicoterapia.

A Tabela 17-1 dá o nome genérico, nome comercial, faixa de dosagem diária oral em miligramas e comentários sobre os usos específicos para alguns dos medicamentos ansiolíticos mais usados.

Todos os medicamentos ansiolíticos têm potencial de criar dependência física e emocional. Os sintomas de abstinência similares àqueles sentidos após a retirada de barbitúricos e álcool têm ocorrido após a descontinuação abrupta desses medicamentos, especialmente do diazepam. Por isso, a dosagem da droga deve ser diminuída gradualmente antes de sua interrupção, especialmente com clientes que tomaram grandes doses de medicamentos ansiolíticos ao longo de um período prolongado de tempo.

Os medicamentos ansiolíticos têm um número limitado de efeitos colaterais. A sedação ocorre quando são administradas grandes doses e os clientes precisam ser alertados para não realizar atividades que exijam uma total atenção da mente. A ataxia é observada ocasionalmente. Os efeitos

colat
para
mus
conti

TAB

Nome

GRUP
Diaze

Alpra:

Clordi

Dipota

Halaza
Loraze

Oxaze

Prazepe

(*) Estes

(**) Esta

PSIC

Não e

na re

emoc

zação

Entre

dade

e no a

mas. l

ser co

medic

nais r

ponsa

(

gem, :

Todav

consta

desen

técnic

ser ac

lingua

colaterais são raros; os mais sérios são aqueles nos quais ocorre uma reação paradoxal na forma de excitação aguda, ansiedade, alucinações, espasmo muscular mais freqüente, insônia ou raiva. O medicamento deve ser descontinuado, se estes sintomas aparecerem.

TABELA 17-1 Medicamentos ansiolíticos

Nome genérico	Nome comercial	Faixa de dosagem oral (mg)	Comentários
GRUPO DAS BENZODIAZEPINAS			
Diazepam	Valium	6-40	Também útil para aliviar espasmos músculo-esqueléticos
Alprazolam	Xanax(*) (Frontal)	75-4	Específico para aliviar sintomas de ansiedade
Clordiazepóxido	Librium(*) (Psicozedin)	15-100	Também útil para aliviar ansiedade pré-operatória
Dipotássio de clorazepato	Tranxene(*) (Tranxilene) Tranxene-SD(*) (Tranxilene)	7.5-60	Também útil para potencializar medicações anticonvulsivas; assim como reações ótimas, recomenda-se para sustentação
Halazepam	Paxipam(*) (**)	60-160	
Lorazepam	Ativan(*) (Lorax)	2-10	Útil para aliviar ansiedade relacionada à depressão
Oxazepam	Serax(*) (Clizepina)	30-120	Também útil para aliviar ansiedade relacionada à retirada de álcool
Prazepam	Centrax(*) (**)	20-60	

(*) Estes são os nomes comerciais nos EUA. Entre parênteses encontra-se o nome comercial no Brasil.

(**) Estas drogas não são encontradas comercialmente no Brasil.

PSICOTERAPIA

Não existem dúvidas de que os medicamentos ansiolíticos têm sido úteis na redução da tensão e para proporcionar ao cliente um grau de conforto emocional. Além disso, a modificação do comportamento e a dessensibilização são reconhecidas como técnicas de intervenção eficazes e efetivas. Entretanto, o único alívio permanente para as pessoas que sofrem de ansiedade e medo intoleráveis está na descoberta da causa básica do problema e no auxílio para que o indivíduo compreenda a fonte real de seus sintomas. Isso é conseguido pela técnica de tratamento da *psicoterapia*, que pode ser conduzida por qualquer profissional preparado da saúde mental. À medida que as enfermeiras adquirem conhecimentos e habilidades adicionais nessa modalidade de tratamento, elas algumas vezes assumem responsabilidade por sua implementação.

Qualquer procedimento que promova o desenvolvimento de coragem, segurança íntima e autoconfiança pode ser chamado de psicoterapia. Todavia, o uso tradicional do termo está limitado a interações interpessoais constantes entre o psicoterapeuta e o cliente onde o objetivo é ajudá-lo a desenvolver comportamentos mais funcionais. A psicoterapia não é uma técnica fixa. É mais uma arte do que uma ciência e seus métodos devem ser adaptados e modificados para ajustar-se à situação individual. Em linguagem simples, é uma forma de exploração mental. É fato universal-

A psicoterapia é uma interação interpessoal constante entre o terapeuta e o cliente, onde o objetivo é ajudá-lo a desenvolver comportamentos mais funcionais.

mente conhecido que a psicoterapia não pode ser padronizada, deve ser individualizada e varia de cliente para cliente.

A psicoterapia encaixa-se em dois tipos principais: psicoterapia de apoio e psicoterapia de "revelação" ou "insight". A *psicoterapia de apoio* ajuda o indivíduo a lidar com seus problemas e inclui técnicas tais como diagnóstico, aconselhamento, educação, orientação e conforto. A *psicoterapia de insight* envolve explorar e trazer à consciência a fonte dos conflitos e experiências reprimidas e suprimidas que operam em níveis inconscientes a ponto de causar ansiedade. A psicoterapia de insight dá significado a sentimentos anormais e irracionais e comportamentos disfuncionais.

O tipo de psicoterapia usado depende da avaliação do terapeuta quanto ao inter-relacionamento de numerosas variáveis. Entre elas, as principais são a extensão e gravidade da disfunção do cliente, seus objetivos, sua capacidade intelectual e seus recursos pessoais e interpessoais. Geralmente, quanto mais enfermo o cliente, menos recursos ele possui e menos capaz é intelectualmente. Assim será um candidato para a psicoterapia de apoio a qual exige que o psicoterapeuta assuma um papel direto, oferecendo orientação e direcionamento. O cliente pode não desenvolver um entendimento sobre as dinâmicas subjacentes ao seu comportamento, mas pode aprender comportamentos mais funcionais.

Os clientes que apresentam evidências de ter um ego forte, um sistema viável de apoio e, pelo menos, uma inteligência mediana freqüentemente podem beneficiar-se da psicoterapia de insight. Durante esse tipo de psicoterapia, o cliente é encorajado a falar sobre suas experiências de vida. Ele é estimulado a falar livremente sobre qualquer coisa que lhe venha à mente, desde que se relacione as suas próprias idéias ou preocupações. Essa fala casual permite que o cliente siga livremente as associações que lhe vêm à mente, apropriadamente designada como *livre associação*. O terapeuta notará que o cliente muda rapidamente de assunto ou evita mencionar certas ocasiões e acontecimentos, exceto de modo superficial. Essas áreas de sensibilidade são então exploradas com maior atenção. O cliente é levado a falar sobre elas com toda a liberdade, até que não causem mais uma emoção excessiva, processo esse conhecido como dessensibilização.

O cliente é orientado no sentido de entender como seus sentimentos reprimidos estão relacionados a seu comportamento. Isso é feito de um modo simples e claro, ajudando, pois, o cliente a obter um insight sobre a natureza exata de seu problema. Assim começa o processo de reeducação.

Deve-se notar que um cliente que inicialmente necessita de psicoterapia de apoio pode ser capaz de aumentar sua auto-estima a um determinado ponto onde a psicoterapia de insight é indicada. Um psicoterapeuta habilidoso tem a capacidade de fazer essa determinação e agir adequadamente.

Não importando o tipo de psicoterapia empregada, o cliente é encorajado a enfrentar os problemas que o afligem; é levado a pensar neles, em vez de fugir, a familiarizar-se com eles, em vez de "esquecê-los", e a abordar sua solução de um modo simples e aberto. É estimulado a exercer um papel ativo em sua própria terapia. Se tudo corre bem, ele deve assumir decisões cada vez mais construtivas no manejo de seu próprio tratamento. Poderá, então, responder algumas de suas próprias indagações e tomar suas próprias decisões. O terapeuta mede o sucesso terapêutico pelo grau em que se torna menos necessário.

O elemento mais importante em qualquer processo psicanalítico é o relacionamento entre o terapeuta e o cliente. O cliente deve confiar no terapeuta e respeitar seu conhecimento e experiência. Uma palavra de conforto por si só pode ser um fator decisivo para o alívio de sua ansiedade e seus temores. Esse relacionamento depende de um *rapport* positivo entre o terapeuta e o cliente.

O sucesso terapêutico pode ser medido de acordo com o grau em que o psicoterapeuta torna-se menos necessário ao cliente.

Um aspecto muito importante no relacionamento terapeuta-cliente é a atitude inconsciente do cliente para com seu terapeuta. O terapeuta exerce uma variedade de papéis, incluindo o de pai/mãe. A atitude do cliente pode ser competitiva ou, até mesmo, erótica. Essa alteração nos desejos, sentimentos e relações originalmente vividos pelo cliente com seus próprios pais, irmãos e outras pessoas é conhecida como *transferência*. Assim cada nuance de sentimento, indo desde a dependência confiante até a hostilidade manifesta, pode ser dirigida ao terapeuta. Quando a atitude do cliente para com o terapeuta parece ser favorável, a transferência é considerada positiva. As atitudes resistentes ou antagônicas do cliente para com o terapeuta implicam uma transferência negativa. A reação de tratamento do cliente para com o terapeuta pode propiciar uma contra-resposta inconsciente pelo terapeuta. Essa atitude em relação ao cliente é chamada de *contratransferência*.

O surgimento da transferência entre o cliente e o psicoterapeuta geralmente é visto como um sinal positivo, já que indica que o terapeuta tornou-se importante para o cliente, estabelecendo, desse modo, o potencial para que se beneficie de uma experiência emocional corretiva. Por exemplo, se o cliente responde ao psicoterapeuta de um modo que denota falta de iniciativa, dependente, que aprendeu no início da vida e era necessário para manter o amor de sua mãe, o psicoterapeuta pode, sutil mas de maneira firme, encorajá-lo a tomar suas próprias decisões, ao mesmo tempo que transmite um senso de aprovação. Através desse processo, o cliente pode entender que é possível caminhar em direção a sua independência sem colocar em perigo o relacionamento altamente valorizado com o psicoterapeuta. O cliente pode ou não ser ajudado a conscientizar-se de sua reação de transferência e do processo no qual o psicoterapeuta engaja-se para utilizar a transferência terapeuticamente.

Uma reação de contratransferência raramente, ou nunca, é vista como tendo um potencial terapêutico, exceto na medida que oferece ao terapeuta um entendimento das psicodinâmicas subjacentes ao comportamento do cliente. Em outras palavras, conscientizando-se de sua própria reação ao cliente, o terapeuta pode compreender melhor a finalidade inconsciente dos padrões comportamentais do paciente. Um exemplo de uma contratransferência não-terapêutica é quando o cliente comporta-se para com o psicoterapeuta como se esse fosse seu pai (transferência) e o terapeuta inconscientemente responde tratando o cliente como se esse fosse uma criança pela qual todas as decisões precisam ser tomadas (contratransferência). Uma vez que tanto a transferência quanto a contratransferência ocorrem em um nível inconsciente, e já que a contratransferência não é desejável, muitos professores de psicoterapia exigem que seus alunos se submetam à psicoterapia como um meio de descobrir suas próprias vulnerabilidades e aumentar seu nível geral de autoconscientização. Quer o psicoterapeuta tenha se submetido ou não à psicoterapia pessoal, a supervisão da psicoterapia por um colega habilitado faz-se necessária para identificar e evitar a contratransferência. A ocorrência da transferência e da contratransferência é um testemunho da natureza fundamentalmente humana do processo terapêutico.

Em resumo, o sucesso do processo psicoterapêutico depende, em grande parte, da qualidade da experiência interpessoal entre o cliente e o terapeuta. Uma terapia pode obter sucesso apenas se o terapeuta conseguir motivar o cliente para a promoção de seu próprio bem-estar, em seu próprio benefício, em vez de para agradar a outra pessoa.

O elemento mais importante em qualquer processo psicoterapêutico é a qualidade da experiência interpessoal entre o cliente e o terapeuta.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Avaliação da enfermagem

Embora cada transtorno de ansiedade tenha suas características únicas, é possível citar alguns pontos em comum no comportamento de todas as pessoas que sofrem de transtornos de ansiedade. A discussão a seguir está organizada em torno dos processos humanos introduzidos no Capítulo 9. Embora os comportamentos em cada categoria sejam apresentados como entidades separadas, deve-se entender que estão altamente inter-relacionados e são adaptações a estressores similares. Além disso, em muitos casos o comportamento que visa adaptar-se a um estressor transforma-se no próprio estressor em uma outra dimensão.

Processos de atividade. O comportamento motor do indivíduo com transtornos de ansiedade pode ou não estar alterado. Entretanto, os indivíduos altamente ansiosos muitas vezes exibem inquietação motora na forma de andar de um lado para outro e torcer as mãos. As pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo sempre exibem comportamentos ritualísticos, nos quais uma atividade é repetida exatamente da mesma maneira por um determinado número de vezes. Por exemplo, para chegar ao trabalho no horário, um executivo levanta-se três horas antes do necessário, porque sente-se compelido a voltar para casa em seu carro umas dez vezes para verificar se cada janela está fechada e trancada.

O indivíduo que sofre de transtornos de ansiedade freqüentemente não se engaja voluntariamente nas atividades recreacionais, por causa da fadiga emocional e física e da incapacidade para controlar o ambiente no qual a atividade ocorre. Um ávido jogador de beisebol que desenvolveu uma fobia por cães teve de parar completamente de praticar o esporte, devido a seu medo de que um cachorro vira-lata invadisse o campo e causasse-lhe pânico.

Os cuidados pessoais podem ou não ser afetados, mas estão sempre alterados, quando o foco da ansiedade relaciona-se a uma atividade de qualquer dessas. Por exemplo, um indivíduo com medo de água corrente vai fazer de tudo para banhar-se em uma banheira em vez de no chuveiro.

Não importando a gravidade da ansiedade que o indivíduo experimenta, ele quase sempre relatará alterações nos padrões de sono. Geralmente o indivíduo ansioso tem grande dificuldade para adormecer, mas uma vez que o faça tem dificuldade para levantar-se pela manhã. Não importando quantas horas durma, sempre queixa-se de fadiga constante.

Processos de conhecimento. O indivíduo que sofre de um transtorno de ansiedade mantém contato com a realidade. Na verdade, essa característica serve como um estressor, já que a pessoa em geral está bem consciente de que seu medo e comportamento não estão baseados na realidade e podem parecer tolos aos outros.

Os indivíduos que apresentam transtorno obsessivo-compulsivo vão falar sobre a existência de um ou mais pensamentos obsessivos que os atormentam e sobre os quais não têm qualquer controle.

Processos ecológicos. A manutenção da casa geralmente está alterada. Uma vez que o indivíduo com transtorno de ansiedade está cronicamente fatigado, em alguns casos a manutenção alterada da casa é refletida por um ambiente sujo e desordenado. Em outros casos, a pessoa é levada a manter um ambiente imaculadamente limpo e arrumado, em um esforço para evitar a ansiedade resultante de uma fobia sobre sujeira ou germes.

Processos emocionais. O aspecto mais relevante nos transtornos de ansiedade é a pessoa estar cônica de seu estado ansioso, tanto continua-

mente
relatar
que fa
mas, s
fim à

F
soas co
os ami
disso,
idiossi
frendo
outras
gas, co
goles c
bém li
um de
em sua
diosos
que lhu
clínica

P
sempre
te com
quando

A
muitas
lar sua
zem a
paz de
que é

P
quase s
se sobr
impres
linos fr
pelo in
sensaçã
por nas
sensaçã
siedade
concent
morte s
só vez
ou med
põe o e

P
ca dos
são rel
indivíd
mentos
indivíd
que por
valores
medida

mente quanto em resposta a um objeto ou situação específicos. A pessoa relatará sentimentos intensos de uma catástrofe iminente tão angustiantes que fará qualquer coisa para evitá-los ou diminuí-los. Em situações extremas, sabe-se que alguns tentaram o suicídio não com a finalidade de dar fim à vida, mas com o objetivo de livrar-se dessa ansiedade.

Processos interpessoais. Os relacionamentos interpessoais das pessoas com transtornos de ansiedade freqüentemente são tensos. A família e os amigos tentaram repetidamente tranqüilizar o cliente, sem sucesso. Além disso, eles podem ter uma crescente dificuldade para tolerar os modos idiossincráticos da pessoa. Por exemplo, uma secretária de meia-idade sofrendo de medo de micróbios foi forçada a dividir seu escritório com várias outras pessoas, em um grande serviço de datilografia. Ofendeu seus colegas, cobrindo sua caneca de café com uma embalagem plástica entre os goles que tomava, para proteger seu conteúdo dos germes no ar. Ela também limpava escrupulosamente o teclado de sua máquina de escrever com um desinfetante forte todas as manhãs, para o caso de alguém tê-lo usado em sua ausência. Quando os rituais dessa mulher tornaram-se tão dispendiosos em termos de tempo a ponto de ser incapaz de completar a tarefa que lhe fora dada, seu emprego ficou ameaçado e ela buscou o auxílio da clínica local de saúde mental.

Processos de percepção. O indivíduo com um transtorno de ansiedade sempre está hiperalerta para os estímulos ambientais. Assusta-se facilmente com qualquer movimento inesperado e sofre um aumento na ansiedade quando é incapaz de controlar os eventos em seu ambiente.

A auto-estima de uma pessoa que sofre de transtornos de ansiedade muitas vezes é baixa, porque ela acredita que deveria ser capaz de controlar suas respostas comportamentais e emocionais aos estímulos que produzem a ansiedade, embora esteja simultaneamente consciente de que é incapaz de fazê-lo. Conseqüentemente, tende a ser autocondenatória e a relatar que é "fraca" e tem pouco autocontrole ou autodisciplina.

Processos fisiológicos. O indivíduo com um transtorno de ansiedade quase sempre apresenta muitas queixas físicas que geralmente focalizam-se sobre os órgãos vitais do corpo. Aperto no estômago, taquicardia, uma impressão de que o coração pode parar subitamente, falta de apetite, intestinos frouxos e uma sensação de peso no abdômen são queixas freqüentes pelo indivíduo que busca auxílio. Palpitações, sensação de falta de ar, sensações de compressão na cabeça, sensações de aperto na garganta, torpor nas extremidades e uma sensação constante de exaustão são outras sensações típicas relatadas por indivíduos sofrendo de transtornos de ansiedade. Esses sintomas geralmente amedrontam a pessoa; ela não pode concentrar-se em seu trabalho, sente-se deprimida e abriga temores de morte súbita ou insanidade. Seguidamente, muitos deles aparecem de uma só vez e fazem com que o indivíduo responda com uma reação de pânico ou medo agudo. Conseqüentemente, a ansiedade acerca da ansiedade compõe o estresse.

Processos de validação. Desamparo, desesperança e impotência acerca dos sintomas associados com os transtornos de ansiedade geralmente são relatados pelo cliente. Nos casos em que os sintomas são sérios, o indivíduo pode tentar aliviar sua ansiedade engajando-se em comportamentos normalmente fora de seu sistema de valores. Por exemplo, muitos indivíduos ansiosos tentam automedicar-se, ingerindo bebidas alcoólicas, o que pode proporcionar alívio temporário para a ansiedade. Se o sistema de valores da pessoa dita abstinência do álcool, o fato de ele recorrer a essa medida compõe ainda mais sua ansiedade.

A determinação de enfermagem para uma pessoa ansiosa freqüentemente revela inquietação motora; desinteresse por atividades recreativas; alterações nos padrões de sono; pensamentos obsessivos; ambiente caseiro muito desordenado ou muito limpo; sentimentos intensos de catástrofe iminente; relacionamentos interpessoais tensos; baixa auto-estima; numerosas queixas físicas e um senso de desesperança, desamparo e impotência.

Diagnóstico da enfermagem

Como ocorre com todos os diagnósticos da enfermagem, os utilizados para o indivíduo com transtornos de ansiedade estão baseados nos temas identificados durante a fase de determinação do processo de enfermagem. As Categorias de Reações Humanas da Classificação de Reações Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica — da Saúde Mental, da ANA, que podem ser especificamente aplicáveis aos indivíduos com transtornos de ansiedade incluem as seguintes:

- 1.1.2 Comportamento Motor Alterado
- 1.2.2 Padrões Recreacionais Alterados
- 1.3.1 Potencial para Alteração nos Cuidados Pessoais
- 1.4.2 Padrões de Sono/Despertar Alterados
- 2.6.2 Processos de Pensamento Alterados
- 3.3.2 Manutenção da Casa Alterada
- 4.1.2 Estado Emocional Alterado
- 5.5.2 Desempenho do Papel Social Alterado
- 5.5.3 Manejo Individual Inefetivo
- 5.7.2 Interação Social Alterada
- 6.1.2 Atenção Alterada
- 6.3.2 Conceito do "Self" Alterado
- 8.1.2 Alteração no Senso de Significado das Coisas
- 8.3.1 Possibilidade de Alteração nos Valores

As categorias diagnósticas de enfermagem da NANDA que podem ser especificamente aplicáveis ao indivíduo com transtorno de ansiedade incluem:

- 3.1.1 Interação Social Prejudicada
- 3.2.1 Desempenho do Papel Social Alterado
- 5.1.1.1 Manejo Individual Inefetivo
- 5.1.1.1.2 Manejo Defensivo
- 6.1.1.2.1 Fadiga
- 6.2.1 Perturbação no Padrão de Sono
- 6.3.1.1 Falta de Atividade Recreacional
- 6.4.1.1 Prejuízo na Manutenção da Casa
- 7.1.2 Perturbação na Auto-Estima
- 7.3.1 Falta de esperanças
- 7.3.2 Impotência
- 8.3 Processos de Pensamento Alterados
- 9.3.1 Ansiedade
- 9.3.2 Medo

A fim de desenvolver um diagnóstico de enfermagem que preencha sua função de oferecer direcionamento para o plano de atendimento de enfermagem, a enfermeira é encorajada a postular e declarar os fatores etiológicos e os antecedentes para cada resposta humana e a conectar as duas frases utilizando o termo "relacionado a". Por exemplo:

- 1.2.2 Padrões Recreacionais Alterados relacionados a medo de sair de casa

Planejamento e implementação do atendimento de enfermagem

O plano para o atendimento de enfermagem deriva-se dos diagnósticos de enfermagem e inclui os objetivos do atendimento, as ações da enfermagem

e os critérios para o resultado. Para que seja efetivo, precisa ser altamente individualizado. As sugestões seguintes devem ser vistas como orientações gerais para ser usadas conforme as necessidades do cliente.

Em geral, os objetivos de todo o atendimento de enfermagem para o indivíduo com transtorno de ansiedade devem relacionar-se a ajudá-lo a diminuir sua ansiedade e/ou desenvolver adaptações funcionais a sua ansiedade.

Uma vez que os diagnósticos de enfermagem freqüentemente estão inter-relacionados, derivando-se de etiologias ou antecedentes similares, o leitor verá que ações apropriadas de enfermagem também estão inter-relacionadas. Em outras palavras, intervindo em uma dimensão, a enfermeira também o estará fazendo em outras.

Muitos profissionais da saúde mental que trabalham habilidosa e empaticamente com indivíduos psicóticos consideram que não são tão efetivos quando prestam atendimento àqueles que expressam a ansiedade através de sintomas físicos ou comportamento ritualístico. Grande parte da dificuldade ao lidar-se com pessoas ansiosas origina-se de uma atitude inconsciente para com as pessoas que sofrem desses problemas e de uma falha em compreender-se a verdadeira natureza da doença. Uma vez que esse indivíduo está consciente do que o cerca, não está realizando uma conversa com pessoas inexistentes e se queixa de sintomas físicos que não têm base orgânica, alguns profissionais podem não sentir qualquer simpatia por eles e acreditar que está querendo "chamar a atenção" e que poderia "fazer alguma coisa", se realmente tentasse.

É importante perceber que todos os sintomas derivados dos transtornos de ansiedade desenvolvem-se por causa de um intenso conflito *inconsciente* e que os sintomas têm grande importância inconsciente. A palavra inconsciente é salientada, já que é necessário perceber que o indivíduo não compreende claramente porque o sintoma desenvolveu-se, nem o que está ganhando com a utilização repetida dos sintomas. Ele percebe, porém, que o sintoma ajuda a aliviar uma ansiedade e tensão insuportáveis.

Para elaborar um plano de atendimento inteligente e terapêutico, a enfermeira precisa compreender a natureza do conflito da pessoa e o significado de seus sintomas. O plano de atendimento e tratamento devem ser desenvolvidos em colaboração com a equipe envolvida com o indivíduo. O tipo de tratamento exigido e os objetivos a serem estabelecidos devem ser desenvolvidos em conjunto com o próprio indivíduo. Quaisquer que sejam os objetivos do tratamento, o indivíduo necessita de uma abordagem consistente de toda a equipe com a qual estará envolvido.

Processos de atividade. O indivíduo que sofre de temores mórbidos e compulsões geralmente representa um desafio para a equipe de enfermagem. Algumas enfermeiras que não compreendem as forças atuantes no desenvolvimento desses sintomas podem presumir que muitas das manobras do indivíduo são ridículas. Sabe-se que algumas enfermeiras já tentaram forçar uma pessoa fóbica a tocar uma maçaneta de porta, embora soubessem muito bem de seu medo mórbido de sujeira e germes que, segundo acreditava, poderiam contaminá-la, se tocasse na porta. Outras impediram um cliente de entrar no banheiro para que lavasse ritualmente as mãos, sem entender a importância desse ritual para o alívio das tensões e medos.

Quando não se permite que os indivíduos fóbicos e compulsivos realizem os procedimentos que sentem ser necessários, eles não têm qualquer modo de alívio da tensão. Um alto nível de tensão não liberada pode culminar em um estado de pânico. As enfermeiras devem tornar possível a realização dos rituais de liberação da ansiedade desenvolvidos pelo indivíduo. Os rituais realizados por esses indivíduos são essenciais para que

A enfermeira pode ser útil ao cliente ansioso se ajudá-lo a desenvolver interesses fora de si mesmo.

desenvolvam um sentimento de segurança. Uma vez que esses rituais consomem tempo, deve-se permitir que estas pessoas levem o tempo necessário para a realização dessas manobras ritualísticas.

Um dos enfoques mais úteis ao atendimento de clientes ansiosos é ajudá-los a desenvolver interesses fora de si mesmos. Assim, a terapia recreacional e ocupacional são importantes em seu tratamento. Muitos indivíduos carregados de ansiedade jamais foram capazes de participar de jogos ou atividades de grupo. É importante ajudá-los a aprender a participar de jogos ou atividades de grupo. Isso oferece oportunidades para a liberação de tensões, bem como para o desenvolvimento de novos interesses. As atividades recreacionais e ocupacionais geralmente são mais bem sucedidas se estiverem centralizadas em interesses que o indivíduo teve no passado.

Ao sugerir-se que uma pessoa ansiosa participe em alguma atividade social, não é sensato indagar: "Você gostaria de ir nadar com o grupo?" Essa questão geralmente trará consigo um simples "não" como resposta ou um longo recitativo acerca das razões pelas quais o indivíduo possivelmente não poderá ir. Um enfoque mais eficaz seria: "O grupo está indo nadar. Gostaria que você fosse conosco". Se o objetivo é fazer com que o indivíduo participe de um jogo de tênis de mesa, resultados mais positivos serão obtidos se a raquete de tênis for colocada na mão do cliente pela enfermeira, que poderá dizer: "Precisamos de mais uma pessoa para jogar. Venha e participe". Esse enfoque é mais efetivo para obter-se a participação do que perguntar se ele deseja jogar.

Processos interpessoais. A hospitalização a curto prazo geralmente é indicada para as pessoas que exibem um comportamento severamente disfuncional, porque o ambiente é neutro, estão afastados de membros significativos da família que podem estar associados com muita tensão emocional e os clientes podem sentir-se mais seguros, se a rotina é simples, faz poucas demandas e pode ser prevista com razoável acuidade.

Esses indivíduos precisam de uma enfermeira dedicada, amigável e simpática, que os aceite como pessoas que precisam de ajuda e que os ajudem a sentir que são seres humanos dignos. Observações sarcásticas ou reprimendas servirão apenas para reforçar a necessidade de proteger-se pelo uso de seus sintomas.

Algumas enfermeiras ignoram os sintomas derivados da ansiedade e, em muitos casos, isso torna-se sinônimo de ignorar o próprio indivíduo. Uma vez que a pessoa ansiosa está usando os sintomas como um pedido de auxílio, ignorá-los aumenta sua necessidade de usá-los mais freqüentemente.

O encorajamento do indivíduo ansioso para que fale sobre suas preocupações e sentimentos é um aspecto importante de seu atendimento. Entretanto, a enfermeira deve evitar questões como "Como você está hoje?" Para as pessoas ansiosas, essa pergunta muitas vezes é um convite a derramar todas as suas queixas físicas novamente. Um modo muito mais útil de começar-se uma conversa poderia ser comentando sobre algum tópico neutro de interesse mútuo.

Processos de percepção. Muitos profissionais da saúde desinformados, bem como os parentes e amigos do indivíduo, tentam discutir seus sintomas razoavelmente na esperança de alterar seu comportamento. Esse tipo de pressão não ajuda em nada o indivíduo e pode, na verdade, fazer com que se sinta mais ansioso, podendo baixar sua auto-estima ainda mais.

Pode ser valioso dar-se ao indivíduo uma chance de ser bem-sucedido nas atividades das quais participa. Isso é importante porque eles podem precisar de auxílio para um aumento da auto-estima e autoconfiança. Um modo de serem encorajados é recebendo elogios e reconhecimento merecidos pelas atividades que realizam bem.

É importante que a enfermeira encoraje o cliente ansioso a falar sobre suas preocupações e sentimentos.

A auto-estima pode ser fortalecida oferecendo-se ao indivíduo ansioso oportunidade de participar em atividades nas quais possa sair-se bem.

FORM

Herbe
Jane, 4
saúde
era be
insight
talmerÚni
de sua
em esp
sua má
conhec
tica pe
compo
religiosDur
tornou-
cupava
sultado
de reas
mar-se
que ser
pava-se
conheci
seu qua
Sempre
saía de
legas c
seu em
organiz
mentári
mente.rotina c
nha ple
gências
los. Ela
relação
badora.
de melh
porque
so quan
bém afi
não tere
a "bagu
fazem siQuati
tro, o Sr

PLANO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Um indivíduo ritualista

FORMULAÇÃO DO CASO

Herbert B., 47 anos de idade, e sua esposa, Jane, 46, vieram ao centro comunitário de saúde mental em busca de auxílio. O Sr. B. era bem informado e inteligente, tinha bom *insight* e, de qualquer modo, parecia ser mentalmente normal. Contou a seguinte história.

Único filho, o Sr. B. relatou que recorda de sua infância sem nenhum acontecimento em especial. Entretanto também declarou que sua mãe era uma dona de casa meticulosa, conhecida na comunidade como sendo fanática pela manutenção de padrões corretos de comportamento e por observar os costumes religiosos.

Durante seu tempo de universidade, ele tornou-se emocionalmente deprimido e preocupava-se excessivamente. Seu pastor foi consultado e, após várias conferências, foi capaz de reassumir seus trabalhos escolares e formar-se aos 21 anos como contador. Disse que sempre foi muito consciencioso, preocupava-se muito com a higiene corporal e era conhecido por sua preocupação em manter seu quarto e suas roupas em perfeita ordem. Sempre era pontual no escritório e jamais saía de sua mesa antes do horário. Seus colegas consideravam-no muito detalhista, e seu empregador sempre observava sobre a organização de sua mesa e arquivos — comentários esses que o agradavam imensamente. Em casa qualquer irregularidade na rotina doméstica aborrecia-o. Sua esposa tinha plena consciência de suas rígidas exigências quanto a regras e de seus escrúpulos. Ela falou livremente sobre o fato de sua relação conjugal ser insatisfatória e perturbadora. Ela desistira de qualquer esperança de melhorar a situação discutindo-a com ele, porque Herbert ficava extremamente ansioso quando ela introduzia o assunto. Ela também afirmou que “dava graças a Deus” por não terem filhos, já que tinha certeza de que a “bagunça” que as crianças normalmente fazem seria intolerável para seu marido.

Quatro meses antes de comparecer ao centro, o Sr. B. recebera a responsabilidade de

fazer o relatório de pagamento de impostos para sua empresa, que lidava com ações e bônus. Essa tarefa foi-lhe entregue em 15 de março e ele percebeu que teria apenas seis semanas para realizar o trabalho. Ele trabalhou sob grande pressão e quase todos os dias ficava no escritório até tarde da noite. Faltando um dia apenas para terminar o trabalho, ele digitou os números finais em uma fita de papel da calculadora. Precisando urgentemente dormir e descansar, ele apanhou a fita de papel, jogou-a no bolso do casaco e correu para pegar o ônibus da meia-noite. Pretendia mostrá-la à esposa, como prova de que o trabalho estava pronto. Ao chegar em casa, não conseguiu encontrar a fita. Revistou suas roupas desesperadamente e correu à rua, vasculhando o meio-fio e a calçada, mas não conseguiu encontrá-la. Ficou acamado em um total estado de ansiedade e medo e permaneceu sob os cuidados de um médico por várias semanas.

Ao voltar ao trabalho, descobriu que desenvolvera uma compulsão terrível. Não mais podia passar por um pedaço de papel amassado no chão ou na calçada sem pegá-lo e inspecioná-lo. Durante o horário do “rush”, sentia-se imensamente humilhado e embaraçado pela necessidade de curvar-se e recolher todo e qualquer pedaço de papel. Em várias ocasiões foi derrubado por passantes, enquanto dava vazão àquela sua compulsão. Um cesto de lixo cheio de papéis usados, literalmente, deixava-o em pânico. Seu único alívio era obtido pela espera até o fim do expediente, para poder examinar cada pedaço de papel usado. Seu médico então recomendou o tratamento em um centro comunitário de saúde mental.

Avaliação da enfermagem

É significativo observar que a mãe de Herbert B. era uma dona de casa minuciosa e fanática pelos costumes religiosos e padrões corretos de comportamento. Indubitavelmente, essa mãe teria insistido com que seu filho chegasse à perfeição nos hábitos de higiene

PLANO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM — contin.

desde bem pequeno. Além disso criara o filho para comportar-se de modo rigidamente correto e sutilmente encorajara-o a reprimir pensamentos e desejos instintivos.

Um homem jovem que aos 21 anos é conhecido como demasiadamente preocupado com a ordem, consciencioso e preocupa-se exageradamente com a limpeza corporal, já está a caminho de desenvolver sintomas compulsivos para o controle da ansiedade inconsciente, empregando persistentemente atos repetitivos. Esse comportamento, como todo comportamento humano, tem sua finalidade e importância para a pessoa que o apresenta, embora as forças que o produzam sejam inconscientes.

Apesar das tendências precoces de Herbert para cair em depressão devido às irregularidades domésticas, ele casou-se. Ele e sua esposa conseguiram manter um relacionamento tolerável. Entretanto, de acordo com sua esposa, seu relacionamento sexual era insatisfatório e representava um tópico tão perturbador para o marido que ele evitava discuti-lo. Seu problema básico focalizava-se, pelo menos em parte, em seu conflito não-resolvido acerca de seu papel como parceiro conjugal. Isso era aliviado, até certo ponto, por sua atitude meticulosa para com seu corpo. Esses problemas provavelmente originavam-se das atitudes aprendidas durante o período de aquisição de hábitos de higiene.

Apenas após os 47 anos de idade, os sintomas de Herbert tornaram-se tão graves a ponto de ele precisar de tratamento. Isso foi precipitado pela perda de uma fita de papel na qual ele registrara a soma de um problema complicado de contabilidade, que precisava resolver. É interessante notar que ele estava tentando obter a aprovação da esposa para uma tarefa que havia enfim completado com sucesso. Já que ele não tinha a aprovação dela como parceiro sexual, sua aprovação sobre qualquer outro aspecto da vida era muito necessária. A perda do papel provavelmente representou muito mais do que simplesmente a perda de uma lista de números. Simbolicamente deve ter significado a perda do amor e da aprovação. Isso explicaria seu medo e ansiedade intensos. O rela-

tório de impostos fora completado e ele deixara o escritório. Assim existem poucas dúvidas de que uma cópia dos números não pudesse ser conseguida. A perda deve ter sido simbólica da perda de algo mais importante e insubstituível.

Nos indivíduos compulsivos, o ato repetitivo tem uma importância simbólica remanescente do ritual mágico que pretende erradicar o possível efeito de impulsos instintivos inaceitáveis. Também representa um tipo de autopunição, já que o indivíduo reconhece que seus atos compulsivos são irracionais e ridículos. Apesar de seu discernimento parcial, a tensão e ansiedade acumulam-se até que a ânsia por repetir o ato, com a finalidade de controlar a tensão, torne-se irresistível.

Como a maioria dos indivíduos gravemente ansiosos, o Sr. B. era bem orientado, inteligente e intelectualmente normal, exceto por seu comportamento compulsivo. Esse é um exemplo do indivíduo cuja personalidade está intacta, a não ser em uma área envolvida com o comportamento compulsivo. No entanto, apesar dos aspectos normais de sua personalidade, ele estava quase que totalmente incapacitado pela necessidade de examinar qualquer pedaço de papel que encontrasse.

Diagnósticos de enfermagem

Os dados da avaliação, incluindo o comportamento atual, experiências passadas e um entendimento sobre as dinâmicas subjacentes, levaram ao desenvolvimento dos seguintes dois pares de diagnósticos de enfermagem para o Sr. B. O primeiro de cada par é extraído da Classificação de Reações Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica — da Saúde Mental, da ANA; o segundo vem das Categorias Diagnósticas, aprovadas, da NANDA.

- 5.5.3 Manejo Individual Inefetivo relacionado à ansiedade derivada de conflitos inconscientes.

OU

5.1.1.1

5.5.2

OU

3.2.1

Planejamento para F

O mat plano Herber des e l gem, a não co cutiu s dessa c junta p disso, i enferm com ur psicote disso, i hora, a sessões fermeir psicote ta mon ao siste na mec ficar se to com A er contínu psicote reforça suminc com se

PLANO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM — contin.

5.1.1.1 Manejo Individual Inefetivo relacionado à ansiedade derivada de conflitos inconscientes.

5.5.2 Desempenho de Papel Social Alterado relacionado à incapacidade do cliente para discutir o relacionamento sexual do casal.

OU

3.2.1 Desempenho de Papel Social Alterado relacionado à incapacidade do cliente para discutir o relacionamento sexual do casal.

Planejamento e implementação do atendimento de enfermagem para Herbert B.

O material do quadro a seguir ilustra um plano de atendimento de enfermagem para Herbert B. Após determinar suas necessidades e formular os diagnósticos de enfermagem, a enfermeira participou de uma reunião com a equipe de saúde mental que discutiu sobre o caso do Sr. B. Como resultado dessa discussão, foi tomada uma decisão conjunta para não hospitalizar o Sr. B. Em vez disso, o psiquiatra prescreveu Diazepam e a enfermeira marcou uma consulta para ele com um psicólogo da equipe, fazendo assim psicoterapia três vezes por semana. Além disso, marcou uma consulta com ele de uma hora, a cada quinze dias, após uma de suas sessões de terapia. Embora o objetivo da enfermeira fosse o de não se engajar com a psicoterapia desse cliente, ela tinha como meta monitorizar sua reação ao medicamento e ao sistema familiar. Estava consciente de que, na medida que o Sr. B. fosse capaz de modificar seu comportamento, seu relacionamento com sua esposa também seria alterado.

A enfermeira manteve uma comunicação contínua com o psicólogo que realizava a psicoterapia com o cliente, para que pudesse reforçar o direcionamento que ele estava assumindo e não interferir, inadvertidamente, com seu relacionamento.

Avaliação

Após 4 semanas de encontros quinzenais com Herbert B., a enfermeira confirmou que ele estava tomando seus medicamentos regularmente e não estava apresentando reações adversas. Embora ele relatasse ainda um ligeiro grau de ansiedade contínua, era capaz de superar a ânsia de examinar cada pedaço de papel que via.

A proporção que o comportamento do Sr. B. mudava em decorrência de um crescente discernimento, deu-se um desequilíbrio dentro de suas relações familiares. Ao final de 4 meses de psicoterapia, Herbert B. desenvolveu uma conscientização básica da relação entre sua compulsão e as experiências do início de sua infância, especialmente aquelas relacionadas a sua mãe. Embora ele ainda mantivesse seu comportamento meticuloso, começou a compreender que seu temor das relações sexuais com sua esposa estava relacionado a sua associação inconsciente dela com a mãe. Foi capaz de admitir iniciar um diálogo com a esposa acerca de seu relacionamento sexual. Todavia, na primeira vez em que ele introduziu a questão, sua esposa rejeitou sua tentativa, dizendo que não tinha tempo para conversas naquela noite. A enfermeira interpretou esse comportamento como um sinal de desequilíbrio na família e comunicou esse fato à equipe de saúde mental. Nesse momento, foi tomada a decisão de oferecer-se ao casal uma terapia conjugal, além da terapia individual para Herbert B. Também foi decidido que não havia mais qualquer razão para que ele continuasse consultando com a enfermeira.

Em consequência disso, a enfermeira marcou uma consulta para o Sr. e Sra. B. com o assistente social da equipe e fez planos para resumir suas consultas rotineiras com o Sr. B. a mais quatro visitas. Embora ela não estivesse engajada na psicoterapia com esse cliente, a enfermeira entendeu que seu relacionamento era significativo para ele e não deveria ser interrompido súbita e impensadamente.

PLANO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM — contin.

PLANO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA HERBERT B.

<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Ações da Enfermagem</i>	<i>Crítérios para o Resultado</i>
5.5.3 Manejo Individual Inefetivo relacionado à ansiedade, derivado de conflitos inconscientes	Diminuir a ansiedade	Ensinar o cliente sobre ações e efeitos colaterais do medicamento ansiolítico prescrito Encontrar-se duas vezes por mês com o cliente para monitorizar sua resposta aos medicamentos	Dentro de 1 mês, o cliente deverá dar evidências de estar tomando o remédio regularmente e não estar passando por efeitos colaterais que o incapacitem
OU			
5.1.1.1 Manejo Individual Inefetivo relacionado à ansiedade derivada de conflitos inconscientes		Manter cestos de lixo afastados da sala na qual a enfermeira e o cliente se encontram Ouvir atentamente queixas do cliente	Dentro de 4 meses, cliente dará evidências de diminuição da ansiedade: Relatando diminuição da ansiedade Sendo capaz de resistir à ânsia de examinar pedaços de papel Não desenvolvendo uma nova compulsão
	Ajudar o cliente a desenvolver <i>insight</i> para conflitos inconscientes	Encaminhar ao psicólogo da equipe para psicoterapia Encontrar-se duas vezes ao mês como psicoterapeuta do cliente	Cliente encontra-se regularmente com psicoterapeuta Psicoterapeuta mantém enfermeira informada sobre processo de seu relacionamento com o cliente
5.5.2 Desempenho de Papel Alterado relacionado à incapacidade do cliente para discutir o relacionamento sexual do casal	Aumentar comunicação significativamente entre cliente e sua esposa	Ver a família como um sistema Compreender que à medida que o cliente altera seu comportamento, o sistema entrará em desequilíbrio Monitorizar o grau de equilíbrio familiar e relatar à equipe de saúde mental	Dentro de 4 meses o cliente deverá dar mostras de diminuição da ansiedade: Relatando um decréscimo na ansiedade sendo capaz de resistir à compulsão de examinar pedaços de papel Não desenvolvendo uma nova compulsão
OU			
3.2.1 Desempenho de Papel Alterado relacionado à incapacidade do cliente para discutir relacionamento sexual do casal		Ensaaiar com o cliente modos de iniciar conversas com sua esposa, usando técnicas tais como encenação de papéis.	O paciente encontra regularmente o psicoterapeuta O psicoterapeuta mantém a enfermeira a par de seu relacionamento com o cliente Dentro de 4 meses, o cliente irá relatar tentativas de comunicar-se de modo significativo com sua esposa

Pro
atenção
seus sint
informaç
duos po
merecem
causa da
ser uma
de sua
orgânica
rosos em
É i
cliente se
explique
que o me
o medo
siedade,
importar
angustia

NOTA

Este capi
transform
pelos inc
cussão se
tivos, já
de. Os m
desses cl
psicoter
atendime
um indiv

SUGES

Calarco M
Curtis GC
Clin N
Davis J: Tr
cant o
DiMotto J
Gagan J: J
Care 2
Greenberg
Hagerty B
works
Jorn N: Rej
105, Ju
Karl GT: S
April
Kent F: Coj
Knowles R:
Moores A:
Peplau HE:
31, Au
Tilley S an
of alcc
Septen

Processos fisiológicos. Em termos gerais, é sensato escutar-se com atenção e com uma atitude de aceitação quando a pessoa ansiosa descreve seus sintomas físicos. Os comentários devem ser feitos para obter-se mais informações sobre as queixas. É importante lembrar-se que esses indivíduos podem adoecer fisicamente e freqüentemente isso ocorre; portanto, merecem atenção médica se houver qualquer dúvida razoável acerca da causa da queixa. Todavia, a hospitalização em uma unidade médica pode ser uma decisão infeliz para algumas pessoas que já tiveram a maior parte de sua atenção focalizada sobre os sintomas físicos sem qualquer base orgânica. Esses indivíduos podem tornar-se mais tensos, ansiosos e temerosos em um local de tratamento que saliente os problemas físicos.

É importante compreender que o desconforto e a dor dos quais o cliente se queixa estão realmente presentes, embora nenhuma base orgânica explique a existência dos sintomas. Os especialistas começam a reconhecer que o medo exerce um papel significativo em provocar a dor. Uma vez que o medo destaca-se na sintomatologia de muitas pessoas afligidas pela ansiedade, não é difícil perceber que elas podem realmente sentir dor. É importante compreender que a dor emocionalmente condicionada é tão angustiante quanto aquela resultante de uma verdadeira doença física.

É importante ouvir com atenção e com uma atitude de aceitação, quando se está ajudando um indivíduo ansioso a lidar com sua dor.

NOTA FINAL

Este capítulo focaliza o atendimento de enfermagem para indivíduos com transtornos de ansiedade. Além de uma descrição dos sintomas exibidos pelos indivíduos com transtornos de ansiedade, incluímos uma breve discussão sobre os sintomas associados a transtornos somatoformes e dissociativos, já que eles também representam adaptações disfuncionais à ansiedade. Os medicamentos ansiolíticos habitualmente usados para o tratamento desses clientes são discutidos, assim como a técnica de tratamento da psicoterapia. Uma formulação de caso extraída de um plano hipotético de atendimento de enfermagem é apresentada, implementada e avaliada para um indivíduo que exhibe comportamento ritualístico.

SUGESTÕES DE INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- Calarco MM: Managing Myra's madness, *Am J Nurs* 89(3): 346, March 1989.
- Curtis GC e Glitz DA: Neuroendocrine findings in anxiety disorders, *Endocrinol Metabol Clin North Am* 17(1): 131 March 1988.
- Davis J: Treatment of a medical phobia including desensitization administered by a significant other, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 20:6, August 1982.
- DiMotto JW: Relaxation, *Am J Nurs* 84: 754, 1984.
- Gagan J: Imagery: an overview with suggested application for nursing, *Perspect Psychiatr Care* 22:20 January-March 1984.
- Greenberg W: The multiple personality, *Perspect Psychiatr Care* 20: 100, July-September, 1982.
- Hagerty BK: Obsessive-compulsive behavior: an overview of four psychological frameworks, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 19:37, January 1981.
- Jorn N: Repression in a case of multiple personality disorder, *Perspect Psychiatr Care* 20: 105, July-September 1982.
- Karl GT: Survival skills for psychic trauma, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 27(4): 15, April 1989.
- Kent F: Coping with phobias, New York, 1980, Harper & Row, Publishers.
- Knowles R: Dealing with feelings: managing anxiety, *Am J Nurs* 81:110, 1981.
- Moore A: Frightened of fear, *Nurs Times* 83(13): 34, April 1, 1987.
- Peplau HE: The power of the dissociative state, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 23(8): 31, August 1985.
- Tilley S and Weighill VE: How nurse therapists assess and contribute to the management of alcohol and sedative drug use among anxious patients, *J Adv Nurs* 11(5): 499, September 1986.