



CÓD: OP-1030T-21  
7908403512669

# HCPA-RS

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

Técnico de Enfermagem (Saúde Mental)

**EDITAL Nº 06/2021**

## ***Língua Portuguesa (Bônus)***

1. Análise global do texto . . . . .	01
2. Ortografia . . . . .	10
3. Relações entre fonemas e grafias . . . . .	11
4. Acentuação gráfica . . . . .	12
5. Morfologia: estrutura e formação de palavras. Classes de palavras e seu emprego. Flexões: gênero, número e grau do substantivo e adjetivo . . . . .	13
6. Sintaxe: processos de coordenação e subordinação . . . . .	20
7. Equivalência e transformação de estruturas . . . . .	22
8. Discurso direto e indireto. . . . .	22
9. Concordância nominal e verbal . . . . .	25
10. Regência verbal e nominal . . . . .	26
11. Crase . . . . .	27
12. Pontuação . . . . .	28
13. Interpretação de textos: variedade de textos e adequação de linguagem. Estruturação do texto e dos parágrafos. Informações literais e inferências. Estruturação do texto: recursos de coesão . . . . .	01
14. Significação contextual de palavras e expressões . . . . .	29
15. Manual de Redação da Presidência da República . . . . .	29

## ***Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem (Saúde Mental)***

1. Atribuições dos profissionais técnicos de enfermagem. . . . .	01
2. Cuidado de enfermagem ao paciente com risco de heteroagressão e/ou autoagressão, ao paciente com risco de suicídio . . . . .	01
3. Cuidado de enfermagem em saúde mental: - transtornos de humor - transtornos de personalidade - transtornos de ansiedade - transtorno obsessivo-compulsivo - transtornos alimentares - esquizofrenia - transtorno por uso de substâncias psicoativas - transtorno do desenvolvimento . . . . .	03
4. Diretrizes do sistema único de saúde (sus) . . . . .	06
5. Ética profissional do servidor público civil do poder executivo federal . . . . .	13
6. Lei do exercício profissional . . . . .	15
7. Código de ética de enfermagem . . . . .	22
8. Políticas públicas na atenção em saúde mental . . . . .	28
9. Segurança do paciente . . . . .	40
10. Saúde no trabalho. . . . .	42

---

---

## LÍNGUA PORTUGUESA

---

1. Análise global do texto . . . . .	01
2. Ortografia . . . . .	10
3. Relações entre fonemas e grafias . . . . .	11
4. Acentuação gráfica . . . . .	12
5. Morfologia: estrutura e formação de palavras. Classes de palavras e seu emprego. Flexões: gênero, número e grau do substantivo e adjetivo . . . . .	13
6. Sintaxe: processos de coordenação e subordinação . . . . .	20
7. Equivalência e transformação de estruturas . . . . .	22
8. Discurso direto e indireto. . . . .	22
9. Concordância nominal e verbal . . . . .	25
10. Regência verbal e nominal . . . . .	26
11. Crase . . . . .	27
12. Pontuação . . . . .	28
13. Interpretação de textos: variedade de textos e adequação de linguagem. Estruturação do texto e dos parágrafos. Informações literais e inferências. Estruturação do texto: recursos de coesão . . . . .	01
14. Significação contextual de palavras e expressões . . . . .	29
15. Manual de Redação da Presidência da República . . . . .	29

---

**ANÁLISE GLOBAL DO TEXTO. INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS: VARIEDADE DE TEXTOS E ADEQUAÇÃO DE LINGUAGEM. ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO E DOS PARÁGRAFOS. INFORMAÇÕES LITERAIS E INFERÊNCIAS. ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO: RECURSOS DE COESÃO**

Compreender e interpretar textos é essencial para que o objetivo de comunicação seja alcançado satisfatoriamente. Com isso, é importante saber diferenciar os dois conceitos. Vale lembrar que o texto pode ser verbal ou não-verbal, desde que tenha um sentido completo.

A **compreensão** se relaciona ao entendimento de um texto e de sua proposta comunicativa, decodificando a mensagem explícita. Só depois de compreender o texto que é possível fazer a sua interpretação.

A **interpretação** são as conclusões que chegamos a partir do conteúdo do texto, isto é, ela se encontra para além daquilo que está escrito ou mostrado. Assim, podemos dizer que a interpretação é subjetiva, contando com o conhecimento prévio e do repertório do leitor.

Dessa maneira, para compreender e interpretar bem um texto, é necessário fazer a decodificação de códigos linguísticos e/ou visuais, isto é, identificar figuras de linguagem, reconhecer o sentido de conjunções e preposições, por exemplo, bem como identificar expressões, gestos e cores quando se trata de imagens.

#### Dicas práticas

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.

2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.

3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.

4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.

5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: *o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor...* Já as questões que esperam **interpretação do texto** aparecem com as seguintes expressões: *conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...*

#### Tipologia Textual

A partir da estrutura linguística, da função social e da finalidade de um texto, é possível identificar a qual tipo e gênero ele pertence. Antes, é preciso entender a diferença entre essas duas classificações.

#### Tipos textuais

A tipologia textual se classifica a partir da estrutura e da finalidade do texto, ou seja, está relacionada ao modo como o texto se apresenta. A partir de sua função, é possível estabelecer um padrão específico para se fazer a enunciação.

Veja, no quadro abaixo, os principais tipos e suas características:

<b>TEXTO NARRATIVO</b>	Apresenta um enredo, com ações e relações entre personagens, que ocorre em determinados espaço e tempo. É contado por um narrador, e se estrutura da seguinte maneira: apresentação > desenvolvimento > clímax > desfecho
<b>TEXTO DISSERTATIVO ARGUMENTATIVO</b>	Tem o objetivo de defender determinado ponto de vista, persuadindo o leitor a partir do uso de argumentos sólidos. Sua estrutura comum é: introdução > desenvolvimento > conclusão.
<b>TEXTO EXPOSITIVO</b>	Procura expor ideias, sem a necessidade de defender algum ponto de vista. Para isso, usa-se comparações, informações, definições, conceitualizações etc. A estrutura segue a do texto dissertativo-argumentativo.
<b>TEXTO DESCRITIVO</b>	Expõe acontecimentos, lugares, pessoas, de modo que sua finalidade é descrever, ou seja, caracterizar algo ou alguém. Com isso, é um texto rico em adjetivos e em verbos de ligação.
<b>TEXTO INJUNTIVO</b>	Oferece instruções, com o objetivo de orientar o leitor. Sua maior característica são os verbos no modo imperativo.

#### Gêneros textuais

A classificação dos gêneros textuais se dá a partir do reconhecimento de certos padrões estruturais que se constituem a partir da função social do texto. No entanto, sua estrutura e seu estilo não são tão limitados e definidos como ocorre na tipologia textual, podendo se apresentar com uma grande diversidade. Além disso, o padrão também pode sofrer modificações ao longo do tempo, assim como a própria língua e a comunicação, no geral.

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

**ARGUMENTAÇÃO**

O ato de comunicação não visa apenas transmitir uma informação a alguém. Quem comunica pretende criar uma imagem positiva de si mesmo (por exemplo, a de um sujeito educado, ou inteligente, ou culto), quer ser aceito, deseja que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

Se essa é a finalidade última de todo ato de comunicação, todo texto contém um componente argumentativo. A argumentação é o conjunto de recursos de natureza linguística destinados a persuadir a pessoa a quem a comunicação se destina. Está presente em todo tipo de texto e visa a promover adesão às teses e aos pontos de vista defendidos.

As pessoas costumam pensar que o argumento seja apenas uma prova de verdade ou uma razão indiscutível para comprovar a veracidade de um fato. O argumento é mais que isso: como se disse acima, é um recurso de linguagem utilizado para levar o interlocutor a crer naquilo que está sendo dito, a aceitar como verdadeiro o que está sendo transmitido. A argumentação pertence ao domínio da retórica, arte de persuadir as pessoas mediante o uso de recursos de linguagem.

Para compreender claramente o que é um argumento, é bom voltar ao que diz Aristóteles, filósofo grego do século IV a.C., numa obra intitulada *“Tópicos: os argumentos são úteis quando se tem de escolher entre duas ou mais coisas”*.

Se tivermos de escolher entre uma coisa vantajosa e uma desvantajosa, como a saúde e a doença, não precisamos argumentar. Suponhamos, no entanto, que tenhamos de escolher entre duas coisas igualmente vantajosas, a riqueza e a saúde. Nesse caso, precisamos argumentar sobre qual das duas é mais desejável. O argumento pode então ser definido como qualquer recurso que torna uma coisa mais desejável que outra. Isso significa que ele atua no domínio do preferível. Ele é utilizado para fazer o interlocutor crer que, entre duas teses, uma é mais provável que a outra, mais possível que a outra, mais desejável que a outra, é preferível à outra.

O objetivo da argumentação não é demonstrar a verdade de um fato, mas levar o ouvinte a admitir como verdadeiro o que o enunciador está propondo.

Há uma diferença entre o raciocínio lógico e a argumentação. O primeiro opera no domínio do necessário, ou seja, pretende demonstrar que uma conclusão deriva necessariamente das premissas propostas, que se deduz obrigatoriamente dos postulados admitidos. No raciocínio lógico, as conclusões não dependem de crenças, de uma maneira de ver o mundo, mas apenas do encadeamento de premissas e conclusões.

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

*A é igual a B.*

*A é igual a C.*

*Então: C é igual a A.*

Admitidos os dois postulados, a conclusão é, obrigatoriamente, que C é igual a A.

Outro exemplo:

*Todo ruminante é um mamífero.*

*A vaca é um ruminante.*

*Logo, a vaca é um mamífero.*

Admitidas como verdadeiras as duas premissas, a conclusão também será verdadeira.

No domínio da argumentação, as coisas são diferentes. Nele, a conclusão não é necessária, não é obrigatória. Por isso, deve-se mostrar que ela é a mais desejável, a mais provável, a mais plausível. Se o Banco do Brasil fizer uma propaganda dizendo-se mais

confiável do que os concorrentes porque existe desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, ele estará dizendo-nos que um banco com quase dois séculos de existência é sólido e, por isso, confiável. Embora não haja relação necessária entre a solidez de uma instituição bancária e sua antiguidade, esta tem peso argumentativo na afirmação da confiabilidade de um banco. Portanto é provável que se creia que um banco mais antigo seja mais confiável do que outro fundado há dois ou três anos.

Enumerar todos os tipos de argumentos é uma tarefa quase impossível, tantas são as formas de que nos valem para fazer as pessoas preferirem uma coisa a outra. Por isso, é importante entender bem como eles funcionam.

Já vimos diversas características dos argumentos. É preciso acrescentar mais uma: o convencimento do interlocutor, o **auditório**, que pode ser individual ou coletivo, será tanto mais fácil quanto mais os argumentos estiverem de acordo com suas crenças, suas expectativas, seus valores. Não se pode convencer um auditório pertencente a uma dada cultura enfatizando coisas que ele abomina. Será mais fácil convencê-lo valorizando coisas que ele considera positivas. No Brasil, a publicidade da cerveja vem com frequência associada ao futebol, ao gol, à paixão nacional. Nos Estados Unidos, essa associação certamente não surtiria efeito, porque lá o futebol não é valorizado da mesma forma que no Brasil. O poder persuasivo de um argumento está vinculado ao que é valorizado ou desvalorizado numa dada cultura.

**Tipos de Argumento**

Já verificamos que qualquer recurso linguístico destinado a fazer o interlocutor dar preferência à tese do enunciador é um argumento.

**Argumento de Autoridade**

É a citação, no texto, de afirmações de pessoas reconhecidas pelo auditório como autoridades em certo domínio do saber, para servir de apoio àquilo que o enunciador está propondo. Esse recurso produz dois efeitos distintos: revela o conhecimento do produtor do texto a respeito do assunto de que está tratando; dá ao texto a garantia do autor citado. É preciso, no entanto, não fazer do texto um amontoado de citações. A citação precisa ser pertinente e verdadeira.

Exemplo:

*“A imaginação é mais importante do que o conhecimento.”*

*Quem disse a frase aí de cima não fui eu... Foi Einstein. Para ele, uma coisa vem antes da outra: sem imaginação, não há conhecimento. Nunca o inverso.*

**Alex José Periscinoto.**

**In: Folha de S. Paulo, 30/8/1993, p. 5-2**

A tese defendida nesse texto é que a imaginação é mais importante do que o conhecimento. Para levar o auditório a aderir a ela, o enunciador cita um dos mais célebres cientistas do mundo. Se um físico de renome mundial disse isso, então as pessoas devem acreditar que é verdade.

**Argumento de Quantidade**

É aquele que valoriza mais o que é apreciado pelo maior número de pessoas, o que existe em maior número, o que tem maior duração, o que tem maior número de adeptos, etc. O fundamento desse tipo de argumento é que mais = melhor. A publicidade faz largo uso do argumento de quantidade.

**Argumento do Consenso**

É uma variante do argumento de quantidade. Fundamenta-se em afirmações que, numa determinada época, são aceitas como verdadeiras e, portanto, dispensam comprovações, a menos que o objetivo do texto seja comprovar alguma delas. Parte da ideia de que o consenso, mesmo que equivocado, corresponde ao indiscutível, ao verdadeiro e, portanto, é melhor do que aquilo que não desfruta dele. Em nossa época, são consensuais, por exemplo, as afirmações de que o meio ambiente precisa ser protegido e de que as condições de vida são piores nos países subdesenvolvidos. Ao confiar no consenso, porém, corre-se o risco de passar dos argumentos válidos para os lugares comuns, os preconceitos e as frases carentes de qualquer base científica.

**Argumento de Existência**

É aquele que se fundamenta no fato de que é mais fácil aceitar aquilo que comprovadamente existe do que aquilo que é apenas provável, que é apenas possível. A sabedoria popular enuncia o argumento de existência no provérbio *“Mais vale um pássaro na mão do que dois voando”*.

Nesse tipo de argumento, incluem-se as provas documentais (fotos, estatísticas, depoimentos, gravações, etc.) ou provas concretas, que tornam mais aceitável uma afirmação genérica. Durante a invasão do Iraque, por exemplo, os jornais diziam que o exército americano era muito mais poderoso do que o iraquiano. Essa afirmação, sem ser acompanhada de provas concretas, poderia ser vista como propagandística. No entanto, quando documentada pela comparação do número de canhões, de carros de combate, de navios, etc., ganhava credibilidade.

**Argumento quase lógico**

É aquele que opera com base nas relações lógicas, como causa e efeito, analogia, implicação, identidade, etc. Esses raciocínios são chamados quase lógicos porque, diversamente dos raciocínios lógicos, eles não pretendem estabelecer relações necessárias entre os elementos, mas sim instituir relações prováveis, possíveis, plausíveis. Por exemplo, quando se diz *“A é igual a B”, “B é igual a C”, “então A é igual a C”*, estabelece-se uma relação de identidade lógica. Entretanto, quando se afirma *“Amigo de amigo meu é meu amigo”* não se institui uma identidade lógica, mas uma identidade provável.

Um texto coerente do ponto de vista lógico é mais facilmente aceito do que um texto incoerente. Vários são os defeitos que concorrem para desqualificar o texto do ponto de vista lógico: fugir do tema proposto, cair em contradição, tirar conclusões que não se fundamentam nos dados apresentados, ilustrar afirmações gerais com fatos inadequados, narrar um fato e dele extrair generalizações indevidas.

**Argumento do Atributo**

É aquele que considera melhor o que tem propriedades típicas daquilo que é mais valorizado socialmente, por exemplo, o mais raro é melhor que o comum, o que é mais refinado é melhor que o que é mais grosseiro, etc.

Por esse motivo, a publicidade usa, com muita frequência, celebridades recomendando prédios residenciais, produtos de beleza, alimentos estéticos, etc., com base no fato de que o consumidor tende a associar o produto anunciado com atributos da celebridade.

Uma variante do argumento de atributo é o argumento da competência linguística. A utilização da variante culta e formal da língua que o produtor do texto conhece a norma linguística socialmente mais valorizada e, por conseguinte, deve produzir um texto em que se pode confiar. Nesse sentido é que se diz que o modo de dizer dá confiabilidade ao que se diz.

Imagine-se que um médico deva falar sobre o estado de saúde de uma personalidade pública. Ele poderia fazê-lo das duas maneiras indicadas abaixo, mas a primeira seria infinitamente mais adequada para a persuasão do que a segunda, pois esta produziria certa estranheza e não criaria uma imagem de competência do médico:

- *Para aumentar a confiabilidade do diagnóstico e levando em conta o caráter invasivo de alguns exames, a equipe médica houve por bem determinar o internamento do governador pelo período de três dias, a partir de hoje, 4 de fevereiro de 2001.*

- *Para conseguir fazer exames com mais cuidado e porque alguns deles são barrapitada, a gente botou o governador no hospital por três dias.*

Como dissemos antes, todo texto tem uma função argumentativa, porque ninguém fala para não ser levado a sério, para ser ridicularizado, para ser desmentido: em todo ato de comunicação deseja-se influenciar alguém. Por mais neutro que pretenda ser, um texto tem sempre uma orientação argumentativa.

A orientação argumentativa é uma certa direção que o falante traça para seu texto. Por exemplo, um jornalista, ao falar de um homem público, pode ter a intenção de criticá-lo, de ridicularizá-lo ou, ao contrário, de mostrar sua grandeza.

O enunciador cria a orientação argumentativa de seu texto dando destaque a uns fatos e não a outros, omitindo certos episódios e revelando outros, escolhendo determinadas palavras e não outras, etc. Veja:

*“O clima da festa era tão pacífico que até sogras e noras trocavam abraços afetuosos.”*

O enunciador aí pretende ressaltar a ideia geral de que noras e sogras não se toleram. Não fosse assim, não teria escolhido esse fato para ilustrar o clima da festa nem teria utilizado o termo até, que serve para incluir no argumento alguma coisa inesperada.

Além dos defeitos de argumentação mencionados quando tratamos de alguns tipos de argumentação, vamos citar outros:

- Uso sem delimitação adequada de palavra de sentido tão amplo, que serve de argumento para um ponto de vista e seu contrário. São noções confusas, como paz, que, paradoxalmente, pode ser usada pelo agressor e pelo agredido. Essas palavras podem ter valor positivo (paz, justiça, honestidade, democracia) ou vir carregadas de valor negativo (autoritarismo, degradação do meio ambiente, injustiça, corrupção).

- Uso de afirmações tão amplas, que podem ser derrubadas por um único contra exemplo. Quando se diz *“Todos os políticos são ladrões”*, basta um único exemplo de político honesto para destruir o argumento.

- Emprego de noções científicas sem nenhum rigor, fora do contexto adequado, sem o significado apropriado, vulgarizando-as e atribuindo-lhes uma significação subjetiva e grosseira. É o caso, por exemplo, da frase *“O imperialismo de certas indústrias não permite que outras cresçam”*, em que o termo imperialismo é descabido, uma vez que, a rigor, significa *“ação de um Estado visando a reduzir outros à sua dependência política e econômica”*.

A boa argumentação é aquela que está de acordo com a situação concreta do texto, que leva em conta os componentes envolvidos na discussão (o tipo de pessoa a quem se dirige a comunicação, o assunto, etc).

Convém ainda alertar que não se convence ninguém com manifestações de sinceridade do autor (como eu, que não costumo mentir...) ou com declarações de certeza expressas em fórmulas feitas (como estou certo, creio firmemente, é claro, é óbvio, é evidente, afirmo com toda a certeza, etc). Em vez de prometer, em seu texto,

sinceridade e certeza, autenticidade e verdade, o enunciador deve construir um texto que revele isso. Em outros termos, essas qualidades não se prometem, manifestam-se na ação.

A argumentação é a exploração de recursos para fazer parecer verdadeiro aquilo que se diz num texto e, com isso, levar a pessoa a que texto é endereçado a crer naquilo que ele diz.

Um texto dissertativo tem um assunto ou tema e expressa um ponto de vista, acompanhado de certa fundamentação, que inclui a argumentação, questionamento, com o objetivo de persuadir. Argumentar é o processo pelo qual se estabelecem relações para chegar à conclusão, com base em premissas. Persuadir é um processo de convencimento, por meio da argumentação, no qual procura-se convencer os outros, de modo a influenciar seu pensamento e seu comportamento.

A persuasão pode ser válida e não válida. Na persuasão válida, expõem-se com clareza os fundamentos de uma ideia ou proposição, e o interlocutor pode questionar cada passo do raciocínio empregado na argumentação. A persuasão não válida apoia-se em argumentos subjetivos, apelos subliminares, chantagens sentimentais, com o emprego de “apelações”, como a inflexão de voz, a mímica e até o choro.

Alguns autores classificam a dissertação em duas modalidades, expositiva e argumentativa. Esta, exige argumentação, razões a favor e contra uma ideia, ao passo que a outra é informativa, apresenta dados sem a intenção de convencer. Na verdade, a escolha dos dados levantados, a maneira de expô-los no texto já revelam uma “tomada de posição”, a adoção de um ponto de vista na dissertação, ainda que sem a apresentação explícita de argumentos. Desse ponto de vista, a dissertação pode ser definida como discussão, debate, questionamento, o que implica a liberdade de pensamento, a possibilidade de discordar ou concordar parcialmente. A liberdade de questionar é fundamental, mas não é suficiente para organizar um texto dissertativo. É necessária também a exposição dos fundamentos, os motivos, os porquês da defesa de um ponto de vista.

Pode-se dizer que o homem vive em permanente atitude argumentativa. A argumentação está presente em qualquer tipo de discurso, porém, é no texto dissertativo que ela melhor se evidencia.

Para discutir um tema, para confrontar argumentos e posições, é necessária a capacidade de conhecer outros pontos de vista e seus respectivos argumentos. Uma discussão impõe, muitas vezes, a análise de argumentos opostos, antagônicos. Como sempre, essa capacidade aprende-se com a prática. Um bom exercício para aprender a argumentar e contra-argumentar consiste em desenvolver as seguintes habilidades:

- **argumentação:** anotar todos os argumentos a favor de uma ideia ou fato; imaginar um interlocutor que adote a posição totalmente contrária;
- **contra-argumentação:** imaginar um diálogo-debate e quais os argumentos que essa pessoa imaginária possivelmente apresentaria contra a argumentação proposta;
- **refutação:** argumentos e razões contra a argumentação oposta.

A argumentação tem a finalidade de persuadir, portanto, argumentar consiste em estabelecer relações para tirar conclusões válidas, como se procede no método dialético. O método dialético não envolve apenas questões ideológicas, geradoras de polêmicas. Trata-se de um método de investigação da realidade pelo estudo de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno em questão e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade.

Descartes (1596-1650), filósofo e pensador francês, criou o método de raciocínio silogístico, baseado na dedução, que parte do simples para o complexo. Para ele, verdade e evidência são a mesma coisa, e pelo raciocínio torna-se possível chegar a conclusões

verdadeiras, desde que o assunto seja pesquisado em partes, começando-se pelas proposições mais simples até alcançar, por meio de deduções, a conclusão final. Para a linha de raciocínio cartesiana, é fundamental determinar o problema, dividi-lo em partes, ordenar os conceitos, simplificando-os, enumerar todos os seus elementos e determinar o lugar de cada um no conjunto da dedução.

A lógica cartesiana, até os nossos dias, é fundamental para a argumentação dos trabalhos acadêmicos. Descartes propôs quatro regras básicas que constituem um conjunto de reflexos vitais, uma série de movimentos sucessivos e contínuos do espírito em busca da verdade:

- evidência;
- divisão ou análise;
- ordem ou dedução;
- enumeração.

A enumeração pode apresentar dois tipos de falhas: a omissão e a incompreensão. Qualquer erro na enumeração pode quebrar o encadeamento das ideias, indispensável para o processo dedutivo.

A forma de argumentação mais empregada na redação acadêmica é o *silogismo*, raciocínio baseado nas regras cartesianas, que contém três proposições: *duas premissas*, maior e menor, e *a conclusão*. As três proposições são encadeadas de tal forma, que a conclusão é deduzida da maior por intermédio da menor. A premissa maior deve ser universal, emprega *todo*, *nenhum*, *pois alguns* não caracteriza a universalidade. Há dois métodos fundamentais de raciocínio: a *dedução* (silogística), que parte do geral para o particular, e a *indução*, que vai do particular para o geral. A expressão formal do método dedutivo é o silogismo. A dedução é o caminho das consequências, baseia-se em uma conexão descendente (do geral para o particular) que leva à conclusão. Segundo esse método, partindo-se de teorias gerais, de verdades universais, pode-se chegar à previsão ou determinação de fenômenos particulares. O percurso do raciocínio vai da causa para o efeito. Exemplo:

- Todo homem é mortal (premissa maior = geral, universal)
- Fulano é homem (premissa menor = particular)
- Logo, Fulano é mortal (conclusão)

A indução percorre o caminho inverso ao da dedução, baseia-se em uma conexão ascendente, do particular para o geral. Nesse caso, as constatações particulares levam às leis gerais, ou seja, parte de fatos particulares conhecidos para os fatos gerais, desconhecidos. O percurso do raciocínio se faz do *efeito* para a *causa*. Exemplo:

- O calor dilata o ferro (particular)
- O calor dilata o bronze (particular)
- O calor dilata o cobre (particular)
- O ferro, o bronze, o cobre são metais
- Logo, o calor dilata metais (geral, universal)

Quanto a seus aspectos formais, o silogismo pode ser válido e verdadeiro; a conclusão será verdadeira se as duas premissas também o forem. Se há erro ou equívoco na apreciação dos fatos, pode-se partir de premissas verdadeiras para chegar a uma conclusão falsa. Tem-se, desse modo, o **sofisma**. Uma definição inexata, uma divisão incompleta, a ignorância da causa, a falsa analogia são algumas causas do sofisma. O sofisma pressupõe má fé, intenção deliberada de enganar ou levar ao erro; quando o sofisma não tem essas intenções propositalmente, costuma-se chamar esse processo de argumentação de **paralogismo**. Encontra-se um exemplo simples de sofisma no seguinte diálogo:

- Você concorda que possui uma coisa que não perdeu?
- Lógico, concordo.
- Você perdeu um brilhante de 40 quilates?

- Claro que não!
- Então você possui um brilhante de 40 quilates...

Exemplos de sofismas:

### **Dedução**

Todo professor tem um diploma (geral, universal)  
 Fulano tem um diploma (particular)  
 Logo, fulano é professor (geral – conclusão falsa)

### **Indução**

O Rio de Janeiro tem uma estátua do Cristo Redentor. (particular)  
 Taubaté (SP) tem uma estátua do Cristo Redentor. (particular)  
 Rio de Janeiro e Taubaté são cidades.

Logo, toda cidade tem uma estátua do Cristo Redentor. (geral – conclusão falsa)

Nota-se que as premissas são verdadeiras, mas a conclusão pode ser falsa. Nem todas as pessoas que têm diploma são professores; nem todas as cidades têm uma estátua do Cristo Redentor. Comete-se erro quando se faz generalizações apressadas ou infundadas. A “simples inspeção” é a ausência de análise ou análise superficial dos fatos, que leva a pronunciamentos subjetivos, baseados nos sentimentos não ditados pela razão.

Tem-se, ainda, outros métodos, subsidiários ou não fundamentais, que contribuem para a descoberta ou comprovação da verdade: análise, síntese, classificação e definição. Além desses, existem outros métodos particulares de algumas ciências, que adaptam os processos de dedução e indução à natureza de uma realidade particular. Pode-se afirmar que cada ciência tem seu método próprio demonstrativo, comparativo, histórico etc. A análise, a síntese, a classificação e a definição são chamadas métodos sistemáticos, porque pela organização e ordenação das ideias visam sistematizar a pesquisa.

**Análise e síntese** são dois processos opostos, mas interligados; a análise parte do todo para as partes, a síntese, das partes para o todo. A análise precede a síntese, porém, de certo modo, uma depende da outra. A análise decompõe o todo em partes, enquanto a síntese recompõe o todo pela reunião das partes. Sabe-se, porém, que o todo não é uma simples justaposição das partes. Se alguém reunisse todas as peças de um relógio, não significa que reconstruiu o relógio, pois fez apenas um amontoado de partes. Só reconstruiria todo se as partes estivessem organizadas, devidamente combinadas, seguida uma ordem de relações necessárias, funcionais, então, o relógio estaria reconstruído.

Síntese, portanto, é o processo de reconstrução do todo por meio da integração das partes, reunidas e relacionadas num conjunto. Toda síntese, por ser uma reconstrução, pressupõe a análise, que é a decomposição. A análise, no entanto, exige uma decomposição organizada, é preciso saber como dividir o todo em partes. As operações que se realizam na análise e na síntese podem ser assim relacionadas:

Análise: penetrar, decompor, separar, dividir.

Síntese: integrar, recompor, juntar, reunir.

A análise tem importância vital no processo de coleta de ideias a respeito do tema proposto, de seu desdobramento e da criação de abordagens possíveis. A síntese também é importante na escolha dos elementos que farão parte do texto.

Segundo Garcia (1973, p.300), a análise pode ser *formal ou informal*. A análise formal pode ser científica ou experimental; é característica das ciências matemáticas, físico-naturais e experimen-

tais. A análise informal é racional ou total, consiste em “discernir” por vários atos distintos da atenção os elementos constitutivos de um todo, os diferentes caracteres de um objeto ou fenômeno.

A análise decompõe o todo em partes, a classificação estabelece as necessárias relações de dependência e hierarquia entre as partes. Análise e classificação ligam-se intimamente, a ponto de se confundir uma com a outra, contudo são procedimentos diversos: análise é decomposição e classificação é hierarquização.

Nas ciências naturais, classificam-se os seres, fatos e fenômenos por suas diferenças e semelhanças; fora das ciências naturais, a classificação pode-se efetuar por meio de um processo mais ou menos arbitrário, em que os caracteres comuns e diferenciadores são empregados de modo mais ou menos convencional. A classificação, no reino animal, em ramos, classes, ordens, subordens, gêneros e espécies, é um exemplo de classificação natural, pelas características comuns e diferenciadoras. A classificação dos variados itens integrantes de uma lista mais ou menos caótica é artificial.

Exemplo: aquecedor, automóvel, barbeador, batata, caminhão, canário, jipe, leite, ônibus, pão, pardal, pintassilgo, queijo, relógio, sabiá, torradeira.

**Aves:** Canário, Pardal, Pintassilgo, Sabiá.

**Alimentos:** Batata, Leite, Pão, Queijo.

**Mecanismos:** Aquecedor, Barbeador, Relógio, Torradeira.

**Veículos:** Automóvel, Caminhão, Jipe, Ônibus.

Os elementos desta lista foram classificados por ordem alfabética e pelas afinidades comuns entre eles. Estabelecer critérios de classificação das ideias e argumentos, pela ordem de importância, é uma habilidade indispensável para elaborar o desenvolvimento de uma redação. Tanto faz que a ordem seja crescente, do fato mais importante para o menos importante, ou decrescente, primeiro o menos importante e, no final, o impacto do mais importante; é indispensável que haja uma lógica na classificação. A elaboração do plano compreende a classificação das partes e subdivisões, ou seja, os elementos do plano devem obedecer a uma hierarquização. (Garcia, 1973, p. 302304.)

Para a clareza da dissertação, é indispensável que, logo na introdução, os termos e conceitos sejam definidos, pois, para expressar um questionamento, deve-se, de antemão, expor clara e racionalmente as posições assumidas e os argumentos que as justificam. É muito importante deixar claro o campo da discussão e a posição adotada, isto é, esclarecer não só o assunto, mas também os pontos de vista sobre ele.

A definição tem por objetivo a exatidão no emprego da linguagem e consiste na enumeração das qualidades próprias de uma ideia, palavra ou objeto. Definir é classificar o elemento conforme a espécie a que pertence, demonstra: a característica que o diferencia dos outros elementos dessa mesma espécie.

Entre os vários processos de exposição de ideias, a definição é um dos mais importantes, sobretudo no âmbito das ciências. A definição científica ou didática é denotativa, ou seja, atribui às palavras seu sentido usual ou consensual, enquanto a conotativa ou metafórica entrega palavras de sentido figurado. Segundo a lógica tradicional aristotélica, a definição consta de três elementos:

- o termo a ser definido;
- o gênero ou espécie;
- a diferença específica.

O que distingue o termo definido de outros elementos da mesma espécie.

---

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS  
(TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
SAÚDE MENTAL)

---

1. Atribuições dos profissionais técnicos de enfermagem. . . . .	01
2. Cuidado de enfermagem ao paciente com risco de heteroagressão e/ou autoagressão, ao paciente com risco de suicídio. . . . .	01
3. Cuidado de enfermagem em saúde mental: - transtornos de humor - transtornos de personalidade - transtornos de ansiedade - transtorno obsessivo-compulsivo - transtornos alimentares - esquizofrenia - transtorno por uso de substâncias psicoativas - transtorno do desenvolvimento . . . . .	03
4. Diretrizes do sistema único de saúde (sus). . . . .	06
5. Ética profissional do servidor público civil do poder executivo federal . . . . .	13
6. Lei do exercício profissional. . . . .	15
7. Código de ética de enfermagem . . . . .	22
8. Políticas públicas na atenção em saúde mental . . . . .	28
9. Segurança do paciente. . . . .	40
10. Saúde no trabalho. . . . .	42

---

## ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Entre as principais funções do técnico em enfermagem está o atendimento aos pacientes da unidade hospitalar, sendo ele um profissional imprescindível à assistência, prevenção de complicações e recuperação da pessoa necessitada, considerando sempre a segurança e a humanização.

É uma atividade que vem ganhando cada vez mais espaço, graças às inúmeras possibilidades de atuação, por exemplo, hospitais, clínicas, abrigos, creches, casas de repouso, laboratórios de análises clínicas e unidades de diagnóstico, consultórios médicos, abrigo, redes ambulatoriais, home care, entre outros.

Pensando na sua importância e no crescimento de oportunidades para os profissionais que buscam a inserção no mercado de trabalho, elaboramos este post para explicar um pouco mais sobre essa profissão tão necessária, que é a de técnico em enfermagem. Acompanhe!

### Qual é a diferença entre enfermeiro, técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem?

Existem três alternativas para quem pretende trabalhar na área da enfermagem. É muito importante que você entenda cada uma delas para evitar qualquer tipo de dúvida. Veja a seguir:

enfermeiro: trata-se do profissional com graduação em enfermagem, curso superior que geralmente tem a duração de cinco anos;

técnico em enfermagem: é o profissional formado em um curso técnico, cuja duração aproximada é de dois anos e exige a formação no ensino médio completo;

auxiliar de enfermagem: é o profissional que fez o curso de auxiliar de enfermagem, que exige, no mínimo, a conclusão do ensino fundamental.

### Quais são as funções do técnico em enfermagem?

O técnico em enfermagem tem várias funções, todas com o propósito de promover a total assistência aos indivíduos e grupos sociais de forma efetiva, em prol da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos pacientes em todas as etapas do processo.

Trata-se de um dos responsáveis pela garantia de uma assistência individualizada à pessoa. Suas funções podem ser divididas em assistenciais e administrativas. Entenda um pouco mais sobre como funciona cada uma delas a seguir.

#### Funções assistenciais

Entre as principais funções exercida pelo profissional no âmbito assistencial estão:

- administração de medicamentos;
- cuidados com a alimentação;
- realização de curativos;
- auxílio às equipes de saúde em imobilização e transporte de vítimas;
- preparo dos leitos;
- condução aos exames físicos;
- medição de pressão arterial;
- admissão de pacientes;
- coleta de exames laboratoriais;

- checagem de informações para ajudar no diagnóstico de alguma enfermidade;
- checagem da punção venosa;
- higienização do paciente;
- monitorização da terapia;
- fiscalização do paciente pré-hemodiálise, monitorar a terapia e averiguar intercorrências que podem surgir;
- atuação sistêmica de forma integral ao paciente.
- O técnico em enfermagem também contribui para a prevenção e manutenção da saúde dos pacientes de média e alta complexidade.

#### Funções administrativas

Além das diversas funções assistenciais, o técnico em enfermagem também exerce várias atividades administrativas importantes para o bem-estar dos pacientes e funcionamento adequado do posto de saúde. Veja quais são:

- apoio da criação da escala de tarefas;
- ajuda na conservação e controle do ambiente de trabalho;
- auxílio no controle e uso consciente das vestimentas, materiais e EPI's utilizados pela equipe de enfermagem e multiprofissional de cuidado ao paciente;
- colaborar para os procedimentos adequados de biossegurança;
- realizar outras ações de assistência ao paciente e de preservação para o bom andamento das tarefas cotidianas do setor, com exceção àquelas de competência do enfermeiro.

Além das funções já apontadas, é fundamental que esses profissionais estejam atentos e tenham sensibilidade para compreender o estado físico, mental e emocional das pessoas que ali se encontram diante de uma enfermidade. Ainda, deve estar disposto a oferecer toda atenção e conforto ao paciente que, na maioria dos casos, se encontra cansado da rotina dentro de um hospital.

## CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM RISCO DE HETEROAGRESSÃO E/OU AUTOAGRESSÃO, AO PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO

### 1. Objetivo

O presente protocolo tem como objetivo descrever as ações a serem tomadas pela equipe multiprofissional na abordagem ao paciente que apresente comportamento suicida seja na admissão ou ao longo da internação. QPS-7 O hospital utiliza um processo definido para identificar e gerenciar eventos sentinela. Neste caso, o suicídio é considerado um evento sentinela e as ações estão abaixo relacionadas.

### 2. Definições/ Nomenclatura

O comportamento suicida é uma definição abrangente que inclui, além do suicídio em si, os pensamentos, planos e tentativas de suicídio. É um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade e em todas as culturas. Resulta de interação de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais.

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, ainda que ambivalente. É o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo.

A tentativa de suicídio é definida como uma conduta que não tem um desenlace fatal e inclui qualquer dano autoinfligido, executado deliberadamente, com intenção de morte.

O planejamento suicida consiste na elaboração de uma estratégia de ação, seleção de métodos, locais e momento para que o indivíduo leve a cabo suas intenções suicidas.

A ideação suicida consiste em pensamentos de cunho suicida e no desejo de morrer, sem passar ao plano da ação motora. As ideações são mais prevalentes do que as tentativas e essas, por sua vez, mais prevalentes que o ato suicida fatal.

Em relação à ideação suicida, podemos classificá-la como sendo:

1. Ideação de Risco Baixo: a pessoa pensa de forma vaga, não tem planos de se matar;
2. Ideação de Risco Médio: a pessoa pensa e tem planos suicidas, mas não pretende cometer suicídio imediatamente;
3. Ideação de Risco Grave: a pessoa tem plano definido, tem meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente, e/ou tentou suicídio recentemente, e/ou tentou várias vezes em um curto espaço de tempo.

#### Comportamento Suicida no Hospital Geral

##### 2.1 – Suicídio durante uma internação hospitalar:

A associação de condições clínicas graves (doenças crônicas, terminais dolorosas e/ou incapacitantes) e quadros psiquiátricos foi observada na maioria dos pacientes que cometeram suicídio durante uma internação hospitalar. Os principais métodos usados são a precipitação de altura, o enforcamento, e a ingestão de excesso de medicamentos.

As principais condições psiquiátricas observadas neste grupo foram:

- Depressão
- Agitação psicomotora, sendo esta frequentemente associada a quadros de delírium (transtorno mental orgânico)
- Abuso de substâncias psicoativas
- Histórico de tentativas prévias de suicídio

##### 2.2 – Tentativa de suicídio:

Entre os pacientes atendidos no hospital geral por tentativa de suicídio, é frequente observarmos:

- História recente de perda (perda real, imaginada ou temida)
- Intencionalidade suicida baixa na maioria dos casos: apenas ¼ dos pacientes admite que desejava morrer
- Os métodos mais frequentes são a ingestão excessiva de medicamentos, ingestão de venenos e agrotóxicos, cortes e perfurações.

#### 3. Protocolo

##### 3.1 – Paciente que dá entrada no Pronto Socorro após tentativa de suicídio:

- Todo paciente atendido no HCor por uma tentativa de suicídio deve ser avaliado pelo psiquiatra. O médico plantonista do pronto-Socorro é o responsável pela solicitação da avaliação psiquiátrica.
- Caso a tentativa de suicídio tenha ocorrido por intoxicação exógena, o médico plantonista do Pronto Socorro busca identificar a substância em questão, e em seguida, deve entrar em contato com o Centro de Atendimento Toxicológico (CEATOX). O CEATOX fornece orientações específicas de manejo de acordo com o tipo de substância usada pelo paciente.

Informações sobre o uso de antídotos também podem ser encontradas no site: <http://ceatox.org.br>. Contato pelo telefone 0800-0148110.

- De acordo com a avaliação clínica, o médico plantonista indicará a internação para os pacientes que apresentem alguma condição clínica subjacente à tentativa de suicídio (seja decorrente da tentativa ou não) que necessite de acompanhamento clínico sob regime de internação hospitalar.

Nestes casos, o médico do P.S. solicita a internação e deve notificar o SCIH para que o mesmo realize a notificação compulsória aos órgãos competentes. O paciente deverá continuar acompanhado pelo psiquiatra após a internação, no caso do mesmo/família aceitar e no momento da alta clínica, o psiquiatra também deverá dar o encaminhamento adequado para o caso: internação psiquiátrica ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial.

- Nos casos em que houver indicação de internação no HCor, a equipe de psicologia deverá ser acionada pela enfermagem do andar que receber o paciente.

Os pacientes que não tenham indicação clínica para internação, receberão alta clínica e o encaminhamento psiquiátrico é determinado pelo psiquiatra que avaliou o caso (ou para uma internação ou para casa e acompanhamento ambulatorial).

- O encaminhamento psiquiátrico adequado do paciente leva em consideração a avaliação psiquiátrica e o risco de nova tentativa de suicídio, além do suporte familiar e social do paciente. Este encaminhamento poderá ser:

- Transferência do paciente para uma instituição de internação psiquiátrica, com anuência da família e/ou do paciente;
- Transferência do paciente para uma instituição de internação psiquiátrica com pedido de internação involuntária em virtude de grave risco de suicídio, discordância do paciente sobre a internação e ausência de familiar que se responsabilize pela internação do mesmo.
- Alta psiquiátrica para a residência com indicação de seguimento ambulatorial e orientações a familiares e pacientes.

##### 3.2 – Paciente INTERNADO que comete tentativa de suicídio:

chamar o psiquiatra independente do médico assistente ou de referência autorizar, orientação institucional.

Sendo identificada a tentativa de suicídio pela equipe multiprofissional o enfermeiro deve acionar avaliação do Serviço de Psicologia.

- A avaliação psiquiátrica deve ser solicitada pela psicologia para o paciente e acionada pelo enfermeiro da unidade. Ao médico do paciente deve ser comunicada esta avaliação reforçando ser esta uma conduta institucional.

O psiquiatra realiza a avaliação do paciente e orienta as estratégias terapêuticas adequadas.

- O enfermeiro da unidade onde o paciente se encontra deverá acionar o SCIH para que o mesmo realize a notificação compulsória aos órgãos competentes.

##### 3.3 - Paciente que apresente ideação suicida:

A presença de ideação suicida entre pacientes hospitalizados é um indicador sensível de transtornos mentais e, uma vez identificada, deve ser avaliada de forma cuidadosa para que o paciente possa receber os cuidados adequados. A equipe multiprofissional deve estar atenta a falas do paciente e de familiares que possam indicar a presença de ideação suicida, e na ocorrência destas, procurar abordar o tema de forma empática e objetiva, sem medo de conversar com o paciente sobre o assunto.

Ao identificar a presença de ideação suicida, a equipe multiprofissional deverá acionar o Serviço de Psicologia. Após avaliação da Psicologia, a mesma verificará a necessidade de avaliação psiquiátrica e fará a solicitação se identificar a mesma como necessária (o médico do paciente deve ser comunicado da necessidade).

Esta é uma decisão institucional. Caso não seja necessário chamar o psiquiatra no momento o Serviço de Psicologia dará continuidade ao atendimento. Em todos os casos: (condutas necessárias – ter um local apropriado e seguro para o paciente)

1. O paciente obrigatoriamente deverá ficar acompanhado por um familiar ou pessoa na qual confie, enquanto isso não for possível é necessário que os profissionais se organizem para uma observação mais atenta de tais pacientes.

2. A enfermagem deve acionar o Serviço de Nutrição para cuidados necessários com materiais que possam oferecer perigo.

3. A enfermagem deve acionar o Serviço de Segurança do hospital caso haja risco eminente de fuga do paciente e/ou risco de hetero/autoagressão. Nestes casos, a Segurança deve ficar próxima ao posto de enfermagem para ser acionada rapidamente, caso necessário. Ainda o paciente deve ser sedado, em casos extremos (após avaliação médica) e contido no leito, a critério médico, podendo então a Segurança ser dispensada se for o caso.

4. O Serviço de Psicologia e a Psiquiatria seguirão oferecendo assistência ao paciente e seus familiares durante a permanência no hospital, fazendo as orientações e encaminhamentos necessários após a alta hospitalar.

5. O Serviço Social poderá ser acionado, conforme ROT0515, quando a equipe multiprofissional identificar se tratar de situação de vulnerabilidade social e familiar do paciente.

6. Após 15 dias, o psicólogo deverá fazer contato telefônico com paciente e/ou familiar para feedback e verificação da necessidade de reorientação

### 3.4 - Principais Fatores de Risco de Suicídio

Conhecer os fatores que aumentam o risco de suicídio do paciente é importante e ajuda a equipe multiprofissional a estar atenta aos casos com maior risco.

Abaixo, seguem os fatores de risco mais significativos:

1. Tentativa prévia de suicídio – é o mais importante dos fatores preditivos isolados. Pacientes que já tentaram suicídio tem 5 a 6 vezes mais chance de tentar novamente. Dos pacientes que se suicidaram 50% já haviam tentado previamente.

2. Doença Mental – a maioria dos transtornos mentais são não diagnosticados ou tratados adequadamente (depressão, transtorno bipolar, alcoolismo, abuso ou dependência de substâncias, transtornos de personalidade, esquizofrenia).

3. Sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade.

4. Idade – tem sido mais comum em jovens e idosos.

5. Gênero – óbitos por suicídio são cerca de 3 vezes mais elevados em homens que em mulheres; as tentativas são 3 vezes mais frequentes em mulheres.

6. Doenças clínicas não psiquiátricas – taxas maiores de suicídio em pacientes com câncer, HIV, doenças neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, reumatológicas. Pacientes com doenças clínicas crônicas apresentam comorbidades com transtornos psiquiátricos com taxas de 52 a 88%.

7. Eventos Adversos na Infância e Adolescência – maus tratos, abuso, pais divorciados, transtorno psiquiátrico na família, entre outros.

8. História Familiar e Genética – risco aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio.

9. Fatores sociais – quanto menos laços sociais tem o indivíduo, maior o risco de suicídio.

### 3.5 - Sugestões de roteiros de entrevista (pode ser utilizado por qualquer profissional da saúde)

Roteiro de Entrevista/triagem

- Que problemas você tem enfrentado ultimamente?
- Sente que sua vida perdeu o sentido?
- Pensa que seria melhor morrer?
- Pensou em pôr fim à sua própria vida?
- Pensou em como se mataria?
- Já tentou se matar ou fez algum preparativo?
- Tem esperança de ser ajudado?

### 4. Legislação e Normas

Portaria no 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014.9(108): seção I, p.67.

### 5. Referências Bibliográficas

1 – CFM/ ABP. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio – Brasília: CFM/ABP, 2014.

2 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014.9(108): seção I, p.67.

3 – WHO. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization Geneva: WHO; 2014. Disponível em: [http://www.who.int/entity/mental\\_health/suicide-prevention/world-report\\_2014/en/index.html](http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world-report_2014/en/index.html).

4 – Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. J Bras Psiquiatr 2009; 58(2):86-91.

5 – Schmitt R, Quevedo J, Kapczinski F. Risco de suicídio. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, editores. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2008. P. 181-96.

6 – American Psychiatric Association. Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com comportamento suicida. In: American Psychiatric Association, editor. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed; 2006.

7 - LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. ( [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm))

Fonte: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/23.-Protocolo-Suicidio.pdf>

**CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:  
- TRANSTORNOS DE HUMOR - TRANSTORNOS DE  
PERSONALIDADE - TRANSTORNOS DE ANSIEDADE -  
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO - TRANSTOR-  
NOS ALIMENTARES - ESQUIZOFRENIA - TRANSTORNO  
POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS - TRANSTOR-  
NO DO DESENVOLVIMENTO**

### Transtornos do humor

Geralmente oscilamos entre um estado de ânimo mais elevado (elação) e um mais baixo. Quem nunca acordou indisposto para uma atividade, ou nunca se sentiu “eufórico” com alguma boa

notícia? No entanto, isso não costuma prejudicar nossas atividades diárias. Quando o indivíduo fica fixado em uma destas polaridades, ou varia entre elas de forma muito intensa, a ponto de começar a prejudicar sua vida habitual, podemos falar em transtornos do humor.

Os transtornos do humor são também chamados transtornos afetivos, pois se caracterizam principalmente por dificuldades na área do afeto, que é nossa capacidade de vivenciarmos internamente nossos sentimentos.

A depressão não é o mesmo que “baixo astral”, por mais que esteja incluída na gíria como “fulano está na maior ‘deprê’”. Ao contrário da tristeza comum, a depressão caracteriza-se por um estágio mais prolongado e grave de abatimento do humor. A pessoa com depressão apresenta tristeza patológica com perda da auto-estima, normalmente reclama de falta de ânimo, cansaço fácil e de não sentir interesse por nada.

Outros sintomas identificados na CID-10 são: concentração e atenção reduzidas, autoconfiança reduzida, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autodestrutivos ou lesivos ou suicídio (dependendo da gravidade do episódio) e dificuldades em relação ao sono e apetite.

Este é um transtorno muito freqüente (em torno de 20% dos pacientes em geral). Pode apresentar-se em diferentes graus, podendo ser leve, moderada ou grave, mais incapacitante em alguns casos, menos incapacitante em outros. Algumas pessoas, embora sentindo-se todo o tempo mal e deprimidas, continuam desempenhando suas atividades cotidianas. Quando este humor permanece um tempo igual ou superior a dois anos, denominamos distímia.

Quanto à causa, a depressão pode ser dividida em endógena, psicogênica ou somatogênica.

A depressão endógena é vista como de origem interna, indefinida. Embora o primeiro episódio possa se dar após alguma perda ou crise, os outros geralmente não apresentam causas observáveis. Geralmente é uma forma grave de depressão, apresentando grande risco de suicídio (10 a 15% dos casos). Antigamente era chamada de depressão psicótica. Responde melhor a tratamento medicamentoso.

A depressão psicogênica tem suas causas mais facilmente localizadas na história de vida do indivíduo, que apresenta fatos que o levaram aos sintomas. Tanto que já foi chamada de depressão reativa ou situacional. Os sintomas são menos graves que na depressão endógena, e o risco de suicídio, embora existente, é menor. Responde melhor à psicoterapia do que ao tratamento medicamentoso.

A depressão somatogênica é aquela causada por algum fator de alteração principalmente orgânico, como o uso de algumas medicações (por exemplo, alguns tipos de anti-hipertensivos, anti-inflamatórios e contraceptivos orais) ou ainda a interrupção do uso de psicoestimulantes.

Os episódios de mania caracterizam-se como o oposto da depressão. O indivíduo apresenta um ritmo acelerado, fala muito (e geralmente alto), trocando constantemente de assunto (fuga de idéias), movimenta-se amplamente, tem energia de sobra, tanto que, muitas vezes não consegue dormir (hiperatividade). Mostra-se eufórico, com auto-estima exagerada (achando que pode tudo), a sexualidade também pode estar exacerbada, gosta de atrair atenções. Não acha que tenha problema algum, o que muitas vezes prejudica a aceitação do tratamento.

Às vezes, evolui para um episódio claramente psicótico e a pessoa passa a apresentar delírios, alucinações e comportamento estranho.

Como na depressão, também há uma variedade de graus de gravidade, sendo o mais leve a chamada hipomania, caracterizada por euforia, hiperatividade e desinibição mais leves.

A pessoa com transtorno bipolar geralmente apresenta uma variação de estados de humor, ora apresentando mania, ora apresentando depressão. Essas variações podem se dar em intervalos de dias, semanas ou meses, e é comum falarmos em “fase de mania” e “fase depressiva”. Na verdade, uma pessoa muito raramente apresenta apenas mania, como descrito no item anterior, o mais comum é que ela intercale episódios maníacos com episódios depressivos. O transtorno bipolar também pode se apresentar de forma mais grave ou mais leve, quando é chamado de ciclotimia.

### **Transtornos de ansiedade**

Sabemos que a ansiedade faz parte de todos nós. Como sintoma, ela pode aparecer em vários transtornos. Nos transtornos de ansiedade, entretanto, ela aparece como sintoma central.

Os transtornos de ansiedade constituem grande parte da demanda psiquiátrica e envolve um grande grupo de classificações de transtornos, dos quais veremos os principais:

O paciente com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é, normalmente, considerado um paciente difícil, pois permanece em constante estado de irritabilidade, impaciência, apreensão. Geralmente ele reclama de tensão, suores constantes (frios ou não), sensação de “cabeça leve”, tonteiras, mal-estar gastrointestinal, palpitações e dificuldade para dormir. A pessoa com TAG costuma mostrar-se constantemente preocupada. O fato é que se trata de uma ansiedade “impossível de controlar” sem o tratamento adequado, fazendo com que a pessoa tenha suas atividades limitadas.

Algumas vezes dizemos, descompromissadamente, que tal pessoa é “hipocondríaca” por acharmos que vive com mania de doença.

Estamos, nesse caso, cometendo dois graves erros: o primeiro é que a pessoa com TAG não tem mania de doença e sim sintomas físicos de ansiedade (que também se expressa por essa via). O segundo é que hipocondria é um transtorno totalmente diferente e específico, que será visto mais tarde. Se a pessoa que faz tal comentário for um auxiliar de enfermagem deverá ficar atento para seus sentimentos e sua conduta com tais pacientes, a fim de não cometer um terceiro erro, que seria desvalorizar seus sintomas, demonstrando impaciência com esse tipo de paciente.

Nos Transtornos Fóbico-Ansiosos, os sintomas de ansiedade ocorrem diante de objetos ou situações bem definidos, que não costumam causar temor nas pessoas em geral. Geralmente os sintomas pioram, a um nível sentido como insuportável, diante de tais objetos e situações, o que faz as pessoas evitá-los a qualquer preço, desenvolvendo, muitas vezes, comportamentos estranhos - de evitação, que passam a fazer parte do quadro. Tais transtornos também são chamados de fobias, que podem ser social, específicas ou agorafobia.

A fobia social é o medo de expor-se mesmo para grupos pequenos e situações informais. A pessoa geralmente conta com uma autoestima rebaixada e não é incomum que procure o isolamento como forma de evitação do medo. Costuma comprometer muito a vida da pessoa, visto que ela passa a perder boas oportunidades, muitas vezes até no trabalho, pela necessidade de “passar despercebida”.

As fobias específicas referem-se ao medo de objetos ou situações específicas, tais como avião, altura, animais. Às vezes passa despercebida durante um tempo, pois a pessoa vai procurando evitar o estímulo temido, até um ponto em que o próprio comportamento de evitação passa a se tornar um problema.

Já a agorafobia constitui-se em medo excessivo de espaços abertos, multidões e situações em que haja dificuldade de fuga (lojas, supermercados, teatros, transportes coletivos, túneis, ele-

vadores) e de ficar sozinho, mesmo que seja em sua própria casa. A ansiedade pode chegar ao pânico. Esta é a mais incapacitante de todas as fobias.

Muito divulgado por vários meios de comunicação, o Transtorno de Pânico parece uma nova doença, embora isso não seja verdade, pois vem sendo descrita na literatura psiquiátrica há muito tempo.

O transtorno de pânico caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e sem motivo inicial aparente. Nesses ataques de pânico, a pessoa experimenta diversos sintomas característicos de alteração do sistema nervoso autônomo, tais como: coração acelerado, respiração rápida e sentida como ineficiente, dor no peito ou no estômago, suores, tremores, dormências, tonturas, náuseas e outros.

Mas o principal desses ataques é a sensação de terror que a pessoa experimenta diante da nítida sensação de que vai morrer ou perder totalmente o controle (ter um desmaio ou ter uma amnésia irreversível).

Na verdade, essa sensação é tão real que a pessoa passa a temer outro ataque de pânico, passa a ter medo de ter medo. Com isso, passa a desenvolver comportamentos evitativos em relação às situações em que se encontrava em cada ataque de pânico, desenvolvendo uma agorafobia correlata.

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno de ansiedade no qual o indivíduo desenvolve pensamentos ou ações repetitivas que ele próprio considera na maioria das vezes como inapropriadas, mas que não consegue controlar, muitas vezes porque acredita que algo trágico ocorrerá a si ou a outros caso ele não as execute. Por exemplo, diante de um pensamento obsessivo de que há doenças espalhadas por todo o ar e que poderá contrai-las a qualquer momento através de sua pele, o indivíduo com TOC poderá desenvolver o ato compulsivo de tomar longos e repetidos banhos, o que na verdade é um comportamento evitativo da ansiedade que pode causar-lhe imaginar-se doente.

Esse é um transtorno que pode ser extremamente incapacitante, pois, dependendo do grau em que se encontra, o indivíduo fica preso em uma série de rituais, não conseguindo, muitas vezes, realizar nem mesmo tarefas de organização diária a contento. Além disso, dependendo do ato compulsivo realizado, a pessoa pode provocar lesões em si mesma, como por exemplo na lavagem quase contínua das mãos.

No Transtorno de Estresse Pós-Traumático o paciente refere geralmente um evento fortemente traumático (estupro, catástrofes, seqüestros), muito gerador de estresse e a partir do qual passou a desenvolver repetidos episódios nos quais, mediante a lembrança do evento, desenvolve toda uma série de reações como entorpecimento, ausência de respostas aos estímulos do ambiente, sonolência excessiva, redução da memória ou concentração.

#### **Transtornos dissociativos**

Antigamente chamados de histeria de conversão, os transtornos dissociativos são aqueles em que o paciente parece perder, parcial ou totalmente, o controle entre suas funções de memória, senso percepção, idéia de si mesmo e movimentos corporais.

Dentre os tipos de dissociação que o paciente pode apresentar observa-se: a amnésia dissociativa (esquecimento de situações traumáticas ou estressantes), o estupor dissociativo (a pessoa mantém-se imóvel, sem responder ao ambiente), transtorno de transe ou possessão (a pessoa age como que possuída por outra personalidade, espírito ou força), dissociação de movimento e sensação (o indivíduo deixa de sentir ou de conseguir movimentar alguma parte do corpo) e convulsões dissociativas (são convulsões incompletas, onde não ocorre perda total da consciência).

Para que um transtorno seja considerado dissociativo, é necessário que se comprove a ausência de uma causa física para o problema, além de geralmente se perceber alguma relação com evento traumático.

Este é comumente um paciente que pode gerar reações negativas na equipe que o atende, pois é muitas vezes considerado “pitiático” ou “fricoteiro”.

#### **Transtornos somatoformes**

Os pacientes com esse tipo de transtorno são aqueles que vão repetidamente à clínica geral, com queixas de problemas físicos que não são identificados como de causa orgânica, o que não lhes satisfaz, fazendo com que solicitem continuamente novas investigações (às vezes mudando de um médico para outro). Só conseguem identificar seu “mal estar” como tendo origem no corpo, o que faz com que geralmente resistam a um encaminhamento para o setor de Saúde Mental, ou se sintam, até mesmo, ofendidos.

O paciente pode apresentar queixas de dores que não passam, ou problemas gastrintestinais, cardiovasculares, respiratórios, ou ainda queixas sexuais ou menstruais. Em muitos casos, podem aparecer problemas na pele ou outros. Dentro desse grupo de transtornos, um dos mais graves é o transtorno hipocondríaco, de difícil tratamento, no qual a pessoa se encontra “convencida” de estar portando grave doença (câncer, AIDS), buscando todos os recursos para confirmá-la. Em muitos casos, estes pacientes chegam ao cúmulo de serem submetidos a cirurgias, sem a menor necessidade.

#### **Transtorno esquizofrênico**

Normalmente chamado esquizofrenia, esse é um dos mais graves transtornos mentais. É também o que mais freqüentemente as pessoas identificam como loucura, pois escapa mais claramente a nossa idéia de normalidade.

O indivíduo com transtorno esquizofrênico está com suas funções perceptivas alteradas, vê, ouve e sente coisas que não são reais (as chamadas alucinações); seleciona estímulos do ambiente que normalmente passam despercebidos, com freqüência estando alheio ao que se passa à sua frente. Seu pensamento encontra-se invariavelmente esvaziado, sem sentido. Às vezes, sente que alguém lhe “rouba os pensamentos da cabeça”. Seu comportamento é geralmente identificado como estranho e sua aparência também pode causar estranheza, pois, estando imerso em percepções distorcidas do mundo e de si mesmo, acaba deixando de cuidar de si (inclusive hábitos de higiene) ou pode vestir-se de acordo com os pensamentos delirantes, que comumente apresenta.

O indivíduo apresenta também atividade psicomotora anormal, como ficar se balançando, fazendo movimentos estranhos ou permanecer totalmente imóvel. A comunicação fica bastante prejudicada, seja pelo mutismo, por expressão incoerente de idéias ou por uso inadequado da linguagem como frases incoerentes e neologismos.

Tal como outros transtornos, a esquizofrenia pode apresentar-se em diferentes graus, podendo até mesmo ser confundida com outros quadros.

#### **Transtornos alimentares**

Dos transtornos mentais que levam a dificuldades na alimentação talvez o mais freqüente e grave seja a anorexia nervosa. Nesse transtorno, a pessoa não consegue comer, emagrecendo exageradamente, entrando muitas vezes em estado de desnutrição grave. Muitos casos necessitam de internação para um tratamento adequado. Outro transtorno bastante falado é a bulimia que se caracteriza pela pessoa provocar vômitos após a ingestão de comi-