

TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO: Um Relato de Caso

Francieli Cristina Krey¹
Ilene Teresinha Klaus Rohenko¹
Luciéle Rorato¹
Cleci Lourdes Schmidt Piovesan²
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz²

RESUMO

Este estudo objetiva compartilhar as vivências de um grupo de acadêmicas de enfermagem no decorrer das atividades práticas do componente de Enfermagem em Saúde Mental apartir de um estudo de caso e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). As atividades foram realizadas em um Hospital Geral do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil com uma portadora de Transtorno Esquizoafetivo. O caminho metodológico foi apartir da SAE, utilizando entrevista, exame físico, busca de dados complementares no prontuário e posteriormente elaborado um plano assistencial ao paciente extensivo aos familiares. Pode-se evidenciar a importância da participação da equipe de enfermagem em especial o enfermeiro no processo saúde/doença destes indivíduos, no que tange à um adequado encaminhamento, bem como a orientação e a busca da participação da família no cuidado com estes pacientes.

Palavras-chave: Transtorno esquizoafetivo; Cuidado de Enfermagem; Saúde Mental

¹ Acadêmicas do Curso de Enfermagem do quinto semestre da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do SUL (Unijuí) – RS. E-mail: francieli.krey@unijui.edu.br

² Enfermeiras, Mestres, Doutorandas em Enfermagem pela Unifesp/SP, Docentes do Departamento de Ciências da Saúde (DCSa) da Unijuí.

INTRODUÇÃO

O Distúrbio Esquizoafetivo é comum, crônico, e muitas vezes uma condição psiquiátrica incapacitante. São definidos atualmente como transtornos episódicos, nos quais sintomas afetivos e esquizofrênicos são proeminentes e simultâneos, dentro de um mesmo episódio de doença, ou alternam-se mutuamente em poucos dias. Quanto à evolução, é colocado que aqueles pacientes que desenvolvem episódios recorrentes, usualmente com sintomas maníacos, apresentam uma recuperação completa e apenas raramente desenvolvem um estado deficitário (CID-10, 1993). Até os dias de hoje, existem discussões sobre se o transtorno esquizoafetivo pode ser considerado simplesmente uma forma de Esquizofrenia ou de Transtorno do Humor, se está situado em um “continuum” entre estes dois transtornos, ou se trata de uma entidade clínica distinta (Benabarre et al., 2001). Uma das primeiras descrições do transtorno Esquizoafetivo foi feita por Jacob Kasanin, em 1932, em seu trabalho intitulado “As Psicoses esquizoafetivas Agudas”. Neste trabalho, Kasanin descreve um subgrupo de psicoses esquizofreniformes, com bom prognóstico e com sintomas esquizofrênicos e afetivos, aborda a questão do diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e transtornos do humor. Uma falácia importante no estabelecimento do diagnóstico se dá quando este é feito em corte transversal, ou mesmo em fases muito iniciais. Um dos principais critérios para a validação do diagnóstico de transtorno esquizoafetivo é sua evolução, devendo-se considerar tanto a história como o seguimento (Benebarre et al., 2001). O tratamento farmacológico é usualmente realizado com antipsicóticos, estabilizadores do humor e antidepressivos. Tendo em vista estas assertivas compartilhar as vivências de um grupo de acadêmicas de enfermagem no decorrer das atividades práticas do componente de Enfermagem em Saúde Mental a partir de um estudo de caso com uma paciente com diagnóstico de Distúrbio Esquizoafetivo e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, realizado em um hospital geral da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, com uma paciente que tem o diagnóstico médico de Transtorno Esquizoafetivo. O mesmo foi elaborado a partir da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que é constituído do histórico de enfermagem realizado por meio da entrevista, exame físico, diagnóstico de enfermagem conforme a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (Nanda 2009/2011), e da prescrição de enfermagem. Para isso fizemos estudo da patologia, buscando maior subsídio para elaborá-lo. A escolha do paciente aconteceu em uma das atividades realizadas com a paciente e com a sua devida autorização para realizar o processo de enfermagem. A realização da SAE teve início a partir da abordagem com o paciente, onde foram explicados os motivos da realização de um estudo de caso, como seria realizado e quais suas finalidades, deixando claro que em nenhum momento seriam identificados nomes, endereços, entre outros dados pessoais. A partir disso, foram realizados os seguintes passos da SAE: Identificação, queixa principal, histórico da doença atual, histórico familiar, histórico pessoal, exame físico e exame das funções mentais, estudo das medicações em uso, estudo das doenças identificadas, levantamento de problemas, diagnósticos de enfermagem e elaboração da prescrição de enfermagem com vistas a atender necessidades, auxiliar e estimular o autocuidado. Os diagnósticos de enfermagem seguiram a classificação proposta pelos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Tivemos falta de algumas informações devido ao fato que não conseguimos contato com familiares da paciente.

RESULTADOS

Relato de Caso: S.V., 64 anos, professora aposentada, separada, mãe de três filhos, religião católica não praticante, natural de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Bra-

sil, onde residia atualmente na área rural, mora sozinha nos fundos da casa de sua filha. Relata ter tido uma infância muito triste, filha de agricultores, seu pai era muito “mulherengo”, passeador, não parava em casa, vivia com amigos fazendo festas. Suas lembranças revelam que sua mãe levava uma vida muito triste e sofrida, as brigas e discussões eram constantes e por muitos momentos via sua mãe chorando. Sua mãe morreu muito cedo, quando ela tinha apenas oito anos de idade, ficando ela e mais três irmãos mais novos. Foram então distribuídos entre a família para serem cuidados. Ficou na casa de uma de suas tias durante dois anos onde sofreu muito, vivia com os braços roxos de tanto que sua tia a beliscava e a maltratava. Logo após a morte de sua mãe seu pai casou-se novamente teve mais seis filhos. Após algum tempo morando com sua tia, não aguentou mais os maus tratos e resolveu ir morar com seu pai e sua madrasta, que, conforme relato, foi muito querida com ela. O pai era alcoólatra, porém não admitia isso. Casou-se aos 24 anos e relata ter tido um casamento muito feliz. O marido na época trabalhava na agroindústria e ela lesionava em uma escola do meio rural. Tiveram três filhos. Foi assim até aposentar-se. Dois dos filhos foram morrer em Porto Alegre, fala com tristeza da distância entre eles. Após aposentar-se ela e o marido foram morar um tempo em Porto Alegre perto dos filhos. Relata não ter um bom relacionamento com a filha, diz ter vergonha de a mesma ter casado grávida. Lá em Porto Alegre iniciou com sinais de transtornos mentais, depressão saía de casa para caminhar e ficava vagando, se perdia. Ficou internada por um tempo no Hospital Conceição, ala psiquiátrica. A problemática da doença fiz com que ela e o marido retornassem para a sua cidade natal, porém contra a vontade dela, não gosta de morar aqui, gostaria de continuar ao lado dos filhos, porém os mesmos não tinham condições de cuidar da mãe lá. Os sinais e sintomas pioraram aqui, separou-se do marido, os motivos não relatou, e morava sozinha em uma casa nos fundos da casa da filha. O ex-marido foi acometido por um Acidente Vascular Encefálico e encontra-se acamado e é cuidado pela filha na casa dela. Relata que a filha não gosta dela, que não tem paciência com ela, não têm um bom relacionamento também com o genro e que muitas vezes quer ver o

ex-marido e é proibido pela filha que sequer a deixa vê-lo, muitas vezes o escuta chamando por ela, sofre muito com isso. Foi internada por internação compulsória à pedido da filha no dia 17/05/2011, por colocar fogo nos móveis da própria casa dizendo que os vizinhos tinham deixado coisas suspeitas em frente à casa dela e ela pôs fogo. Apresentava humor irritável e agressividade, chorando com frequência, corria atrás de crianças da vizinhança, que segunda ela lhe agridem, é chamada de teca-louca. Sentia-se observada, gosta de ir a cemitério, tinha vontade intensa de caminhar, para pensar melhor nas idéias, mas se perdia. Relata que a vinda para o seu município a prejudicou emocionalmente e atribui à isso a condição em que se encontra. Durante toda a internação paciente conversava bastante, taquialógica, tinha fala lenta e confusa, porém era detalhista quanto às lembranças do passado. Tinha acompanhamento de uma cuidadora, que nada sabia quanto à sua história de vida. A filha não participou do tratamento e não vinha visitá-la, pois segundo ela não têm tempo, pois cuida do pai que é doente. No dia 24/05/2011 a instituição, onde a paciente encontrava-se internada, entrou em contato com a filha, solicitando a presença da mesma para atendimento, onde a filha relata que não têm mais condições de pagar acompanhante e viria ao hospital para assinar a alta a pedido. Durante os atendimentos realizados pela equipe, foi constatado, segundo a psicóloga do hospital, que a paciente necessitaria dar continuidade ao tratamento e estar acompanhada durante o período de internação, considerando o transtorno mental e a idade da paciente, o que não aconteceu.

DISCUSSÃO

Os distúrbios mentais estão entre as patologias mais crescentes que acometem a população nos dias atuais. A dificuldade de se estabelecer um diagnóstico é muito grande, pois necessita de um estudo abrangente da história de vida deste cliente, descartando também outros distúrbios mentais que possam ser confundidos com o deste estudo, visto que a própria bibliografia relata isto. A mudança dos pa-

drões e de estruturação familiares nos dias atuais podem ser grandes e consideráveis fatores que possam levar a distúrbios mentais. Salientamos também a história pregressa, o sofrimento psíquico na infância de cada um como grande geradora de uma doença mental no futuro. Nos questionamos então sobre o cuidado, tão essencial, ser prestado por um indivíduo que muitas vezes não sabe nada de nossa história, sem o acompanhamento da família, a mudança e a inversão de papéis de mãe para filha; a sobrecarga do cuidado familiar, a mãe com doença mental, o pai acometido por um AVE. As dificuldades familiares que também deve ser vistas pelos profissionais de saúde durante a internação deste paciente. Procurar estabelecer quais as formas mais adequadas de cuidar após a alta e como fazer para que este paciente receba um cuidado adequado para a melhor continuidade de seu tratamento. Trazer a família como foco principal do tratamento, do cuidado, pois será ela quem vai cuidar deste paciente lá fora. Os diagnósticos de enfermagem evidenciados durante o estudo realizado são: Autonegligência relacionada à depressão evidenciada pela higiene pessoal inadequada; controle familiar ineficaz do regime terapêutico relacionado à conflito familiar evidenciado pela falha em agir para reduzir fatores de risco; manutenção do lar prejudicada relacionado à doença evidenciado por membros da família sobrecarregados; memória prejudicada relacionada à distúrbios neurológicos evidenciada por experiências de esquecimento; comunicação verbal prejudicada relacionada à barreiras psicológicas evidenciada pela verbalização imprópria; desesperança relacionada ao abandono evidenciada pelo afeto diminuído; sentimento de impotência relacionado ao estilo de vida desamparado evidenciado pelo ressentimento; baixa autoestima crônica relacionado à transtorno psiquiátrico evidenciado por expressões de vergonha; tensão do papel do cuidador relacionado à compromissos com vários papéis concomitantes de cuidador evidenciado pela impaciência; ansiedade relacionada à associação familiar evidenciado pelo desamparo aumentado e persistente; enfrentamento defensivo relacionado ao medo das repercussões evidenciado pela ridicularização dos outros; resiliência individual prejudicada evidenciada por transtornos psicológicos evidenciada pela depressão; tristeza crônica relacionada à experiência de doença

mental crônica evidenciado por expressos sentimentos de tristeza; sofrimento espiritual relacionado à solidão evidenciado pela expressa de ter sido abandonada; isolamento social relacionado à alterações no estado mental evidenciado pela expressa de sentimentos de rejeição; processo de pensamentos perturbados relacionado ao déficit de memória. De acordo com os diagnósticos levantados traçamos um conjunto de planos assistenciais que podem ser usados durante a internação e após a alta sendo extensivo aos cuidadores: monitorização de sinais vitais; avaliar da presença de dor; estimular de ingestão hídrica pelo risco de constipação relacionado ao uso excessivo de medicações; estimular e auxiliar ao autocuidado; avaliar risco e ideias suicidas; estimular participação nos grupos de socialização e grupos terapêuticos; estimular contato com outras pessoas; prestar apoio psicológico ao paciente e seu cuidador; realizar oficinas que estimulem a interação do grupo e o contato com outras pessoas; orientar a importância do acompanhamento da paciente nas 24 horas do dia; avaliar possíveis sinais de agravamentos do quadro mental; observar e monitorar materiais e utensílios que constam no quarto do paciente; atentar-se a sinais e sintomas de inpregnação por uso excessivo de medicações; avaliar qualidade do sono e repouso; atentar e avaliar as relações e vínculos familiares, reforçar a importância dos vínculos familiares e do convívio com amigos; estimular a capacidade mental e intelectual; não reforçar as alucinações, realizar a prática da escuta terapêutica ao paciente atentando para seus anseios; não mentir ou realizar promessas que não possam ser cumpridas; ajudar e incentivar à busca de pessoas significativas, bem como os membros da família, observar quanto aos comportamentos que indiquem maior ansiedade; ajudar e buscar técnicas que auxiliem no manejo das situações de ansiedade e nervosismo minimizando tais sintomas.

CONCLUSÕES

O distúrbio esquizoafetivo é uma patologia ainda de difícil diagnóstico devido às características serem comuns à outras doenças mentais. As experiências vivenciadas e experimentadas durante a in-

ância revelam muito da personalidade e dos transtornos que acometem estes indivíduos na fase adulta. Quando se fala em doença mental logo pensa-se em algo que não foi bem resolvido na infância e que fica acumulado e desenvolve-se na idade adulta. Quando resgatamos a história pregressa destes indivíduos podemos ter a clareza e concretizar a veracidade disto, pois quase que a totalidade destes indivíduos descrevem história de problemas na infância e que podem, com certeza, ser fator gerador de um distúrbio ou doença mental na fase adulta. Esperamos que este trabalho sirva para que possamos intervir como profissionais de saúde nestes possíveis fatores na própria infância, procurando encontrar um caminho ou uma forma para que esse indivíduo possa trabalhar, desde o início, com estes possíveis fatores geradores de distúrbios mentais, buscando tornar-se um adulto mentalmente sadio no futuro.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. A. Psicoses Esquizoafetivas: localização no campo das psicoses endógenas. Tese de Doutorado do Curso de Pós Graduação em Psiquiatria; Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1991.
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTOS da CID-10. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Definições e Classificação 2009-2011. 1ª ed., Artmed, 2009, 456 pgs.
- POSSO, Maria Belen Slazar. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. Atheneu, 2004, 181 pgs.
- TANURA, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. SAE – Sitematização da Assistência de Enfermagem. 2ª ed, LAB (Grupo GEN), 2010, 312 pgs.

