

# ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E DEPRESSÃO

**Dagmar Scholl Lauter<sup>1</sup>**  
**Francieli Ana Dallabrida<sup>1</sup>**  
**Caroline de Oliveira Silveira<sup>1</sup>**  
**Daiane de Oliveira<sup>1</sup>**  
**Mônica Estela Casarotto<sup>1</sup>**  
**Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>2</sup>**

## RESUMO

Este estudo objetiva relatar a experiência vivenciada no quinto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul no estágio curricular de Enfermagem em Saúde Mental. Trata-se de um estudo de caso, realizado em um hospital do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil onde foi realizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem com uma paciente internada para tratamento de esquizofrenia e depressão. Com base no levantamento de problemas, com dados obtidos por meio do histórico, englobou entrevista, exame físico, exame do estado mental, estudo das medicações utilizadas e patologias envolvidas, realizados os diagnósticos e então o plano de cuidados a paciente extensivo aos familiares. A realização deste proporcionou maior conhecimento, melhorando a nossa qualificação para uma melhor abordagem e assistência de enfermagem junto a esses pacientes bem como transmitir estes conhecimentos para a equipe de enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem, Esquizofrenia, Depressão.

<sup>1</sup> Acadêmicas do quinto semestre de enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí) cursando o componente de Enfermagem e Saúde Mental. E-mail: dagmar.lauter@unijui.edu.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Enfermagem pela Unifesp, Docente do Departamento de Ciências da Saúde (DCSa) da Unijuí, Professora do componente Enfermagem e Saúde Mental.

## INTRODUÇÃO

Atualmente a esquizofrenia tem sido considerada um problema de saúde pública uma vez que, 95% das pessoas diagnosticadas permanecem com o transtorno, que é de caráter psicótico, durante toda a vida (STUART e LARAIA, 2001) e, de todas as doenças mentais é a que causa as hospitalizações mais prolongadas, e exige investimentos do sistema de saúde, causando grande sofrimento para o portador da patologia podendo desencadear um caos na vida familiar (GIACON e GALERA, 2006). Estudos evidenciam uma taxa de aproximadamente 1% da população acometida pela doença (MARI e LEITÃO 2000), homens e mulheres são igualmente afetados e a idade de pico para início em homens é de 15 a 25 anos e em mulheres de 25 a 35 anos (KAPLAN, 2003). A esquizofrenia pode levar a uma considerável ruptura dos níveis psíquicos, físicos e da rede social do indivíduo, uma diminuição da habilidade para cuidar de si mesmo, estudar, trabalhar, desenvolver atividades do cotidiano e para se relacionar individual e socialmente (GIACON e GALERA, 2006). É difícil de ser definida, pois não existem sintomas próprios da doença, mas sim sintomas característicos que indicam uma desorganização da personalidade (GAMA *et al*, 2002). A doença interfere, de forma geral, nos pensamentos, emoções, motivações e constitui o mais comum dos transtornos psiquiátricos graves. Quanto à etiologia, não possui uma causa única, mas vários fatores interferem para o seu desenvolvimento. Podemos citar os fatores genéticos, quando o indivíduo tem uma vulnerabilidade específica que é influenciada por fatores ambientais estressantes também pode levar ao desenvolvimento dos sintomas. Em relação aos fatores psicossociais, a desintegração do Ego, dificuldades interpessoais no início da vida, cuidados maternos falhos, conflitos familiares na infância e frustrações também estão envolvidos no desencadeamento do transtorno (KAPLAN, 2003). Ainda para o mesmo autor fatores biológicos e alterações no sistema límbico, gânglios basais, córtex frontal e o aumento da atividade dopaminérgica, da serotonina e da noradrenalina podem estar relacionados à esquizofrenia, como um fator neuropatológico. Os sin-

tomas da esquizofrenia podem ser classificados em dois grandes grupos, os sintomas positivos e negativos. Entre os positivos estão relacionados às alucinações, delírios, pensamento e fala desorganizados e comportamento desorganizado. Entre os sintomas negativos o embotamento afetivo, abulia/apatia, anedonia e isolamento social (TOWNSEND, 2002). O diagnóstico pode ser realizado com base no DSM IV – da Associação Psiquiátrica Americana e através do CID 10 da Organização Mundial de Saúde. O DSM IV refere que o paciente deve apresentar dois ou mais sintomas como delírios, alucinações, desorganização da linguagem, catatonia, sintomas negativos durante 1 mês. Se os delírios são bizarros ou alucinações auditivas são de uma ou mais vozes que conversam entre si, ou comentários contínuos sobre o comportamento, apenas um sintoma é necessário. Para diagnóstico pelo CID 10 o indivíduo deve apresentar pelo menos um sintoma, como inserção ou roubo do pensamento, delírios de controle, vozes alucinatórias, delírios persistentes, alucinações persistentes de qualquer modalidade, interceptação do curso do pensamento resultando em discurso incoerente, comportamento catatônico, sintomas negativos e alteração significativa do comportamento pessoal, como perda de interesse, falta de objetivos, inatividade e retraimento social. Dentre os subtipos da esquizofrenia, o tipo paranóide caracteriza-se principalmente pela presença de delírios de perseguição e grandeza e alucinações auditivas frequentes, os pacientes apresentam-se tensos, desconfiados reservados e frequentemente hostis e agressivos e a inteligência em áreas não invadidas pelos delírios podem permanecer intactas. Os esquizofrênicos paranóides mostram menos regressão de suas faculdades mentais, da resposta emocional e do comportamento do que outros tipos de pacientes esquizofrênicos. (KAPLAN, 2003). O tratamento é realizado de forma combinada, com farmacoterapia associado a psicoterapias. No tratamento medicamentoso utilizam-se os antipsicóticos que incluem três classes principais, como, antagonistas receptores dopamínicos, risperidona e clozapina já no tratamento psicossocial incluem as terapias familiares, individuais e terapias em grupo (KAPLAN, 2003). Para Townsend 2002 a depressão é uma perturbação profunda do humor que compartilha algumas

características como a tristeza. Esse episódio de tristeza pode ser de curta duração, se o indivíduo se adapta a perda, alteração ou fracasso que viveu e que o levou a esta tristeza. Conforme o CID – 10 o diagnóstico é realizado a partir dos sintomas apresentados como, humor triste ou irritável, diminuição da energia vital, anedonia, insônia, hipersônia, perda ou aumento do apetite, pensamentos negativos, catastróficos, de ruína, preocupações em exagero, idéias de desesperança, morte e até suicídio, sentimentos negativos como de culpa em exagero, de inutilidade, baixa auto-estima, falta de sentido na vida, sensação de vazio, entre outros. O risco de depressão durante a vida é de 7 a 12 % para os homens e de 20 a 30% para as mulheres. Entre as mulheres as taxas alcançam um pico entre a adolescência e a idade adulta jovem. Outros fatores de risco incluem um histórico de doença depressiva em parentes em primeiro grau e uma história de depressão. Ocorre com frequência junto com outras doenças psiquiátricas e têm elevada prevalência na rede básica onde um em cada cinco pacientes que procuram um profissional da rede tem sintomas significativos de depressão (STUART e LARAIA, 2001). O tratamento deve ter vários objetivos, como, garantir a segurança do paciente, uma completa avaliação diagnóstica e um plano de tratamento que aborde não apenas os sintomas imediatos, mas um bem-estar futuro do paciente, procurando reduzir o número e a severidade dos estressores na vida do paciente. Associa-se a farmacoterapia as psicoterapias, como terapia familiar, cognitiva comportamental, interpessoal e orientação psicanalítica (KAPLAN, 2003). A abordagem de pacientes com sofrimentos psíquicos e o diagnóstico para as patologias envolvidas é um grande desafio para os profissionais da saúde, pois se deve considerar a história pregressa, história familiar, acontecimentos estressantes e a partir disso, associado aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, elaborar um diagnóstico que muitas vezes pode levar anos para ser feito, e discutir uma melhor abordagem e tratamento. Frente a essas assertivas o objetivo deste estudo, é relatar experiências vivenciadas no quinto semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí) no estágio curricular de Enfermagem em Saúde Mental por meio de um relato de caso.

## METODOLOGIA

Estudo de caso, realizado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), seguindo os passos metodológicos, como o histórico de saúde que englobou a entrevista, exame físico, exame do estado mental, estudo das medicações utilizadas pela paciente durante a internação hospitalar, estudo das patologias envolvidas, diagnósticos de enfermagem, a partir do levantamento de problemas identificados, segundo Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (Nanda 2009/2011), por fim a elaboração do plano de cuidados individual e extensivo à família. Para realização do estudo, foi solicitada a autorização da paciente, ressaltando que os dados pessoais da mesma não seriam divulgados, esta autorização foi realizada de forma verbal pela paciente, também foram utilizados alguns dados do prontuário da mesma.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES:

O estudo de caso foi realizado com uma paciente do sexo feminino, 44 anos de idade, que se encontrava internada há 20 dias em um hospital de pequeno porte o qual tem leitos credenciados para atendimento de pacientes psiquiátricos. Foi encaminhada ao serviço pelo médico do CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial – para tratamento psiquiátrico com diagnóstico de depressão e posteriormente feito o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Em entrevista com paciente, a mesma relata que precisou ser internada por motivo de ansiedade, tristeza profunda, crises de choro, medo e que apresentava alucinações auditivas, vozes de comando, que conversavam entre si, e que apenas uma dessas vozes interagia com a paciente mandando-a cometer suicídio e também porque apresentava alucinações visuais, “vultos escuros”, que a perseguia. Conta que sua primeira internação psiquiátrica ocorreu em janeiro de 2008 e após passou por várias internações, foi internada por um período no Hospital Psiquiátrico Paulo Guedes de Caxias do Sul/RS. Refere que foi casada por 14 anos e que seu ex-

marido era agressivo e fazia uso freqüente de bebida alcoólica. Seus pais separaram-se quando era muito jovem. Sua mãe faleceu há 22 anos e seu pai há dois anos, quando seu quadro depressivo agravou-se. Perdeu seu irmão por uso abusivo de álcool e uma de suas irmãs que tinha bastante afinidade também faleceu. Seu pai também apresentava alucinações auditivas, o irmão também apresentou quadro depressivo. Seu filho fazia uso de bebidas alcoólicas. Paciente nega o uso de substâncias psicoativas, relata não possuir hábitos de lazer, dificuldades para dormir e inapetência. Ao exame do estado mental, apresentava-se consciente, norprosética, referindo alucinações visuais e auditivas, orientada a si e auto psicologicamente, memória preservada, pensamento lógico, ansiosa, depressiva, delírio de perseguição e ideação suicida, juízo crítico prejudicado, insight insatisfatório, eulálica, hipotativa e hipotímica. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais. Ao exame físico, pele com textura seca e descamação da região plantar, sujidade nas unhas dos pés e couro cabeludo e discreto edema em ambos os pés, com discretas lesões entre os dedos. A partir das informações obtidas no prontuário da paciente no hospital, entrevista, exame físico, exame das funções psíquicas e após estudo das patologias e medicações envolvidas foi realizado o levantamento de problemas e os diagnósticos de enfermagem com base em NANDA (2009/2011) e elaborado o plano de cuidados e as intervenções de enfermagem frente ao paciente e familiares. Os diagnósticos elencados foram: Nutrição desequilibrada; padrão de sono prejudicado; estilo de vida sedentário; percepção sensorial perturbada; processos familiares disfuncionais; pesar complicado; tristeza crônica; integridade da pele prejudicada; conforto prejudicado; risco de suicídio; risco de violência direcionada a si mesmo; risco de síndrome do estresse por mudança; risco de sofrimento espiritual. O plano de cuidados e assistência de enfermagem foi elaborado com objetivo de incluir no cuidado, tanto equipe profissional, paciente quanto familiares. Dentre as orientações e prescrições, podemos destacar a importância de estimular a ingestão alimentar e hídrica, estimular o auto-cuidado, avaliar o risco de suicídio e sintomas psicóticos, estimular a participação de grupos de socialização, oficinas e contato com outras pessoas, manter acompanhante 24 horas por dia, remover do ambiente objetos que possam contribuir e provocar

danos ao paciente, estar atento para os sintomas de impregnação, preparar o paciente para alta e realizar os devidos encaminhamentos, intermediar a aproximação dos familiares e responsabilizar a família pelo cuidado, não reforçar as alucinações, devido as medicações usadas pela paciente, orientar que após administração das mesmas mude lentamente de posição para minimizar a hipotensão postural e orientar o uso de fibras para evitar constipação.

## CONCLUSÕES

A realização deste estudo de caso contribuiu de forma positiva para a formação acadêmica e um conhecimento mais aprofundado sobre a esquizofrenia e a depressão. O contato com o paciente, o estudo da literatura sobre as patologias, o estudo sobre as medicações, funções mentais e a realização da avaliação do estado mental, nos possibilitou ampliar o conhecimento, despertar curiosidades, interesses no campo da saúde mental e perder o medo e ansiedade frente à pacientes psiquiátricos. Por meio desta experiência e conhecimentos obtidos, foi nos proporcionado prestar uma assistência de enfermagem mais adequada com base científica e visão holística. A realização do estudo de caso e a sistematização do mesmo foram importantes, contribuirão com a nossa formação acadêmica e de colegas e para conhecimento dos profissionais de saúde permitindo uma visão mais abrangente da saúde mental possibilitando ações e cuidados mais efetivos com pacientes e familiares. Entendemos que esse campo profissional tem muito ainda a ser estudado, pesquisado e avaliado.

## REFERÊNCIAS

1. GAMA C. S.; SOUZA C. M.; LOBATO M. I. *et al.* Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20473.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2011.

2. GIACON B. C. C.; GALERA S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/251.pdf>>. Acesso em 8 jun. 2011.
3. KAPLAN, HAROLD I.; SADOCK B. J.; GREBB J. A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 1169 p.
4. MARI J. J.; LEITÃO R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, s. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a06v22s1.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2011.
5. NANDA International. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*, organizado por North American Nursing Association; trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.
6. STUART G. W.; LARAIA M. T. *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 958 p.
7. TOWNSEND M. C. *Enfermagem Psiquiátrica: Conceito de cuidados*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 864 p.

