

RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO E DEPRESSÃO

Daiane de Oliveira¹
Monica Estela Casarotto¹
Carla Ebert¹
Dagmar Sholl Lauter¹
Francieli Ana Dallabrida¹
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz²

RESUMO

Este estudo objetiva compartilhar vivências de um grupo de acadêmicos de Enfermagem no decorrer das atividades práticas do componente curricular de Enfermagem e Saúde Mental em relação a um estudo de caso e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). As atividades foram realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), com um portador de Transtorno Obsessivo Compulsivo e Depressão. O caminho metodológico foi apartir da SAE, utilizando entrevista com o paciente, exame físico e busca de dados complementares no prontuário e posteriormente elaborado um plano assistencial ao paciente extensivo aos familiares. Conclui-se que a SAE é uma atividade inerente à profissão de enfermagem e possibilita ao acadêmico aproximação com a assistência e a realização das ações de saúde em enfermagem. Contribui ainda, para a qualidade de atenção ao paciente e familiares, pode refletir de forma positiva na recuperação e reabilitação física, social e emocional destes.

Descritores: Cuidado de Enfermagem; Saúde Mental, Depressão, Transtorno de personalidade compulsiva.

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: daiane.o@unijui.edu.br

² Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Enfermagem pela UNIFESP, Docente do Departamento de Ciências da Saúde (DCSa) da Unijuí.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) está incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) entre os transtornos de ansiedade. O seu início é gradual, uma vez em que ele esteja estabelecido, na maioria dos indivíduos irá ter um curso crônico de vaivém dos sintomas, tendo a sua piora quando relacionados ao estresse (MARTINS, 2010). As causas do TOC podem ser várias, porém tem dois fatores que estão quase sempre presentes, um componente hereditário e conflitos internos, que podem ser por fatores de natureza psicológica que surgem depois de algum estresse psicológico, conflitos psíquicos que vão agravando os sintomas. Manifesta sob a forma de alterações do comportamento dos pensamentos e das emoções. Caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. As obsessões são idéias, imagens, impulsos, pensamentos que invadem a mente de forma repetitiva, persistente e estereotipada que causam ansiedade e podem ser seguidos ou não de rituais (GONZALEZ, 1999). As mesmas são criadas a partir de qualquer substrato da mente, tais como palavras, medos, preocupações, memórias, imagens e músicas. A pessoa tenta resistir a eles, ignorá-los ou suprimi-los com ações ou com outros pensamentos, reconhecendo-os, no entanto, não consegue controlá-los. Os sintomas costumam iniciar antes dos 25 anos de idade, frequentemente na infância ou adolescência. Os sintomas obsessivos mais comuns são: medo de contaminar-se por germes, imaginar que tenha ferido ou ofendido outras pessoas, imaginar-se perdendo o controle, realizando violentas agressões ou até assassinatos, pensamentos sexuais urgentes e intrusivos, dúvidas morais e religiosas e pensamentos proibidos. As compulsões por sua vez podem ser caracterizadas por comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, que a pessoa é levada a executar em resposta a uma obsessão ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Os comportamentos ou atos mentais são destinados a prevenir ou reduzir a aflição gerada pela obsessão (CAMPOS *et al.*, 2000). Geralmente a pessoa realiza uma compulsão para reduzir o sofrimento

causado por uma obsessão. Os sintomas mais comuns são: Lavar-se para se descontaminar, repetir determinados gestos, verificar se as coisas estão como deveriam, porta trancada, gás desligado, tocar objetos, contar objetos, ordenar ou arrumar os objetos de uma determinada maneira (assimetria), rezar. A incidência é maior em classes sociais baixas, entre indivíduos com conflitos conjugais, divorciados ou separados e desempregados. É igual entre homens e mulheres, mas é maior em adolescentes masculinos. As principais comorbidades incluem a depressão, distúrbios de movimento e transtornos de ansiedade. No caso do TOC de início na infância e adolescência a depressão comórbida é quase sempre secundária. Para se ter o diagnóstico de TOC é necessário que o nível da sintomatologia interfira no funcionamento social, interpessoal, ocupacional ou acadêmico do indivíduo e que os sintomas ocupem mais de uma hora por dia. O tratamento deve ser individualizado, dependendo das características e da gravidade dos sintomas que o paciente apresenta. Utiliza-se a psicoterapia de orientação dinâmica ou cognitivo-comportamental associada com tratamento farmacológico, dentre esses estão: Clomipramina, paroxetina, fluoxetina, sertralina, citalopram, que são antidepressivos que também possuem ação anti-obsessiva. A terapia cognitivo-comportamental tem o objetivo de ajudá-lo a aprender novos métodos para atuar no meio em que vive de forma a promover mudanças que são necessárias. A terapia é realizada com cooperação entre o terapeuta e os pacientes, com o objetivo de superar os problemas em conjunto (CABALLO, 2008). Depressão é uma desordem psiquiátrica que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza, podendo então interferir significativamente na vida pessoal e profissional do indivíduo. Ela vem atingindo indivíduos em todas as idades, ou seja, desde crianças até idosos, sem escolher classe social econômica, cultura, raça (COUTINHO, *et al.*, 2003). As causas são múltiplas, deve-se a questões constitucionais da pessoa, com fatores genéticos e neuroquímicos somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos, como: estresse, estilo de vida, acontecimentos vitais, tais como crises e separações conjugais, separação de pais, morte na família, alimen-

tação, rejeição, bullying, entre outros. Estima-se que cerca de 15 a 20% da população mundial, em algum momento da vida, sofreu de depressão. A depressão é mais comum em pessoas com idade entre 24 e 44 anos. Os sintomas são: humor deprimido ou irritável durante a maior parte do dia, perda de interesse ou do prazer por atividades, mudanças súbitas no apetite ou no peso, sem explicação, insônia ou necessidade de sono aumentada, agitação ou prostração, sensação constante de fadiga ou perda de energia, sentimentos freqüentes de menos valia ou culpa, dificuldade de concentração e em tomar decisões, pensamentos freqüentes sobre morte ou suicídio. O tratamento para a depressão inclui a psicoterapia e o tratamento farmacológico com antidepressivos, os mais usados são: A Fluoxetina e a Sertralina. Tendo em vista estas assertivas objetivamos com este estudo compartilhar vivências de um grupo de acadêmicos de Enfermagem no decorrer das atividades práticas do componente curricular de Enfermagem e Saúde Mental em relação a um estudo de caso e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, realizado no Caps I do município de Ijuí, com um paciente que tem o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Depressão. O mesmo foi elaborado a partir da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que é constituído do histórico de enfermagem, (entrevista para obtermos dados subjetivos acerca do paciente, e o exame físico), do diagnóstico de enfermagem conforme a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (Nanda 2009/2011), e do plano assistencial. Para isso fizemos estudo da patologia, buscando maior subsídio para elaborá-lo. A escolha do paciente aconteceu em uma das atividades de integração do Caps I 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, dei-

xando claro que em nenhum momento seriam identificados nomes, endereços, entre outros dados pessoais. A partir disso, foram realizados os seguintes passos da SAE: Identificação (nome, dados pessoais, gênero, estado civil, entre outros), queixa principal (o problema que motivou a procura pelo serviço), histórico da doença atual (sintomas relacionados com a doença, fatores agravantes), histórico familiar (doenças congênitas, hereditárias), histórico Pessoal (antecedentes mórbidos, alergias, vícios, hábitos), exame físico e exame das funções mentais, estudo das medicações em uso, estudo das doenças identificadas, levantamento de problemas (identificação de fatores de risco), diagnósticos de enfermagem (problemas e riscos evidenciados e suas relações) e elaboração do plano de cuidados. Os diagnósticos de enfermagem seguiram a classificação proposta pelos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA.

RESULTADOS

Relato do caso, paciente masculino, 24 anos, solteiro, estudante universitário, mora com seu pai, madrasta e seus dois irmãos. Conta que na infância após separação dos pais morou com sua mãe, padrasto e mais dois irmãos (por parte de mãe), até os 17 anos, nesse período relata que passou por muitas dificuldades com seu padrasto, pois o mesmo era agressivo e muito nervoso, e que sempre dizia para seus filhos não serem igual a ele. Desde esta época tinha suas manias de assimetria e de conferir a maioria das coisas que fazia. Aos 17 anos foi morar com seu pai de favor na casa de um tio. Para ele esse período foi muito complicado, pois seu tio o cobrava que o mesmo morava de favor, ele sentia incômodo, conta que seus primos tinham de tudo, e por isso ele se sentia inferior a eles, e isso o marcou. Mais tarde ele e seu pai vieram morar em Ijuí com sua avó paterna, a mesma era depressiva, e seu pai começou a ingerir bebida alcoólica diariamente. Nesse período ganhou a bolsa do Prouni (Programa universidade para todos) onde ingressou na universidade. Relata que tinha que cuidar da sua avó, e que ficava muito nervoso e triste por não ter

dinheiro para pagar a condução para ir à aula. Foi nesse período que seus problemas se agravaram começou a ficar agressivo, se auto agredia, ficava ansioso, angustiado, agitado, e suas compulsões por assimetria e por conferir as atividades que realizava aumentaram ficando incontroláveis, começou a faltar às aulas, pois se dizia sem condições emocionais e financeiras, e como consequência perdeu a bolsa de estudo. Foi então que seu pai foi buscar ajuda no CAPS onde começou tratamento intensivo em abril de 2009. Em 2011 fez a prova do Enem e novamente ganhou a bolsa para o curso de designer, então voltou a estudar. Atualmente relata ter dificuldades para dormir, tem sensibilidade à luz principalmente à noite, se alimenta bem, não tem nenhum relacionamento amoroso, não tem atividade de lazer, pois se diz sem condições, não realiza exercícios físicos, conta que habito intestinal e urinário estão preservados, mantém um bom relacionamento com sua família, continua com suas compulsões e obsessões por verificar e deixar tudo assimétrico se sente envergonhado por essas ações, e o seu tratamento no Caps I é semi-intensivo, faz oficina de pintura, grupo terapêutico com psicóloga e assistente social, e está em uso de fluoxetina, clomipramina e respiridona. Paciente de estatura média encontrava-se em boas condições de higiene, aparentando ter a idade que tem, sem deformidades físicas, com vestes apropriadas, consciente, normoproséxico, negando alterações na sensopercepção, orientado auto e alo psiquicamente, com a memória preservada, com pensamento lógico, juízo crítico e insight satisfatórios, bradilálico, hipotativo e hipotímico.

DISCUSSÃO

A partir da realização das primeiras etapas da SAE (Identificação, queixa principal, histórico da doença atual, histórico familiar, histórico pessoal, exame físico, medicações em uso, estudo das doenças identificadas), na sequência efetuaram-se as demais etapas da SAE. Dentre o levantamento de problemas foi identificado: Isolamento social, ausência de atividades físicas e de lazer, vergonha, ausência de relação amorosa, insônia e a partir daí realizado os diagnósti-

cos de enfermagem: Insônia, estilo de vida sedentário, baixa auto-estima crônica, síndrome do estresse, tristeza crônica, disposição para conhecimento aumentado, risco de confusão aguda, risco de solidão, risco de violência. E com base nisso estabelecemos os principais cuidados a serem realizados, constituindo-se a produção do último item da SAE, o plano de cuidados. Esta envolveu cuidados como: Acompanhamento do médico psiquiatra, grupo terapêutico com psicóloga, grupo operativo com enfermagem com objetivo de socialização, terapia cognitiva e comportamental, acompanhamento da assistente social, grupo de terapia ocupacional, oficina de pintura, estimular interação com colegas da faculdade, enfatizar a monitoração frequente dos efeitos colaterais das medicações, incentivar a ingestão de líquidos, frutas e cereais, orientar a ingestão de balas e goma de mascar sem açúcar, orientar para não dirigir enquanto o uso de medicamentos, orientar para não interromper o uso de medicamentos sem orientação médica, orientar sobre fotossensibilidade, recomendando o uso de protetores solares, orientar para não consumir álcool durante o tratamento. Destacamos que a SAE, além de oportunizar a abordagem, interação e identificação do paciente, favorece ao enfermeiro uma visão mais ampliada do cuidado, pois além do contato interpessoal, favorece o contato e a investigação física do paciente, corroborando assim, na ampliação da atenção e dos cuidados que serão realizados no paciente no decorrer do tratamento. No caso estudado, a sistematização da assistência de enfermagem favoreceu a identificação da presença de novos riscos à saúde da paciente, como também no conhecimento da estrutura e organização familiar. Conclusão: O espaço universitário vai além da sala de aula, ele engloba áreas de convivência, cultura, experiência que em consequência nos traz um aprendizado diferenciado. Foi num desses espaços, ou seja, no estágio curricular do componente curricular de Enfermagem em Saúde Mental que desenvolvemos o nosso estudo, tendo a vivência com um paciente com diagnóstico de (TOC) e Depressão. Este trabalho nos proporcionou o aprimoramento do conhecimento teórico-prático da patologia, assim como da assistência de enfermagem em saúde mental, e no desenvolvimento da habilidade na elaboração da SAE. Oportunizou a avaliação geral do paciente, visando seu bem-estar físico

e psíquico, na busca de um atendimento humanizado e na amenização do sofrimento psíquico do paciente. Além dos conhecimentos adquiridos com o estudo da patologia, como nos cuidados e orientações ofertados, constatamos que a Enfermagem é a está diretamente e diariamente em contato com os pacientes, o que denota conhecimentos acerca das patologias, das medicações, dos cuidados e principalmente da humanização deste atendimento, pois são pacientes, que estão debilitados mentalmente, merecedores de um atendimento com qualidade, com carinho, com atenção, que vise a recuperação destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. CABALLO, V. E. Manual de Transtornos de Personalidade: descrição, avaliação e tratamento. Editora Santos. São Paulo, 2008.
2. CAMPOS, M. C. R. MERCADANTE, M.T. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. V.22, n.2, São Paulo, 2000.
3. COUTINHO, M. P. L., GONTIES, B. ; ARAÚJO L.F. ; SA, RCN. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. Psico USF, vol.8,n.2,pág. 183-192.
4. GONZALEZ, C.H. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. V.21, n.2, São Paulo, 1999.
5. MARTINS, P. F. S. Personalidade e sua relação com transtornos de ansiedade e de humor: Uma análise da produção científica brasileira na abordagem cognitivo-comportamental. Tese (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Uberlândia, 2010.
6. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 Porto Alegre: Artmed, 2010.
7. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas Editora; 1993

