



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**“CRIANDO UMA PONTE ENTRE A FAMÍLIA E O CLIENTE USUÁRIO
DO PROGRAMA DE PSICÓTICO DO CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - ATRAVÉS DA RELAÇÃO PESSOA A PESSOA”**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0290

Autor: Pereira, Cristiane

Título: Criando uma ponte entre a família



Ac. 241476

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**Cristiane Regina Pereira
Sara Regina Cruz**

Florianópolis, julho de 2001.

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0290
Ex.1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**“CRIANDO UMA PONTE ENTRE A FAMÍLIA E O CLIENTE USUÁRIO
DO PROGRAMA DE PSICÓTICO DO CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL– ATRAVÉS DA RELAÇÃO PESSOA A PESSOA”**

**Projeto de Prática Assistencial
destinado à disciplina de
Enfermagem Assistencial
Aplicada.**

**Orientadora: Prof^ª. Tânia Mara Xavier Scóz
Supervisora: Enf^ª. Dorotéa Loes Ribas**

**Banca Examinadora: Prof^ª. Tânia Mara Xavier Scóz
Enf^ª. Dorotéa Loes Ribas
Enf^ª. Rosangela Maria Fenili.**

**Cristiane Regina Pereira
Sara Regina Cruz**

Florianópolis, julho de 2001.

Maluco Beleza

(Raul Seixas e Cláudio Roberto)

**Enquanto você se esforça pra ser
Um sujeito normal e fazer tudo igual
Eu do meu lado, aprendendo a ser louco**

Um maluco total

Na loucura real

Controlando a minha maluquez

Misturada com minha lucidez

Vou ficar

Ficar com certeza

Maluco Beleza

E este caminho que eu mesmo escolhi

É tão fácil seguir

Por não ter onde ir

Controlando a minha maluquez

Misturada com minha lucidez

Vou ficar

Ficar com certeza

Maluco Beleza

Vou ficar...

AGRADECIMENTO

À Deus, pelas vezes que sentimos nosso corpo fraquejar, e Tu estendeste Tua mão ergueste-nos. Pelas vezes, que sentimos nossas almas se abater, e Tu nos deste coragem para prosseguir. Pelas vezes, que sentimos nosso espírito desvanecer, e Tu nos enviaste o Teu próprio espírito para consolar. A vitória será nossa...E a Ti, meu Deus, toda honra e toda glória, eternamente. Amém

Aos pais, que nos permitiram a vida nos ensinando a vivê-la com dignidade, muitas vezes renunciando seus sonhos para que pudéssemos realizar os nossos...A vocês pais, por natureza, opção e amor, não bastaria dizer que não temos palavras para agradecer, mas é o que acontece nesse exato momento, quando procuramos uma forma de expressar uma emoção que dificilmente as palavras traduziriam.

À mãe ausente, onde a sua presença sempre se fará sentir, pois sou a continuidade do seu brilho...

Ao meu filho Talles Gabriel Cruz dos Santos, que sofreu com as ausências inevitáveis ao final desta caminhada. Te amo.

Às famílias, que mesmo distante, mantiveram-se ao nosso lado.

Aos clientes do CAPS, agradecemos de forma especial, que através de sua participação, contribuíram para a realização deste trabalho e por serem eles o estímulo na escolha do local de estágio e o tema desenvolvido.

Aos funcionários do CAPS, em especial Elizete Tancredo Porto e Márcio Andrade pelo acolhimento e disposição para ajudar no que fosse necessário.

À supervisora e enfermeira Dorotéia Loes Ribas, pela disposição e colaboração com literatura.

À nossa orientadora Tânia Mara Xavier Scóz, por se colocar à disposição desde o primeiro momento da idéia do projeto, que além de compartilhar conosco seus conhecimentos, soube tão pacientemente compreender nossas angústias e sofrimentos com palavras de apoio e incentivo, deixando-nos a convicção de que sua presença foi um dos alicerces da nossa formação.

À nossa colaboradora e professora Rosangela Maria Fenili, pelas suas contribuições ao projeto.

Aos professores e funcionários da UFSC que deixam saudades.

Aos colegas, por vivermos tantas lutas juntos e delas carregarmos a marca da vivência...Que a amizade iniciada nos bancos acadêmicos seja maior que a distância que nos separarão.

À todos, que de alguma forma colaboraram para que este caminho fosse percorrido, a nossa mais eterna gratidão!

A nós, pelo companheirismo no enfrentamento de dificuldades, angústia e momentos de alegria.

RESUMO

Apresenta o relato do trabalho de conclusão de curso, realizado por duas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido no período de 26/03 à 01/06/2001 no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um ambulatório da rede pública estadual especializado em Saúde Mental e, situado na Policlínica de Referência Regional, Florianópolis, SC. A assistência de enfermagem prestada, aos egressos de Hospitais, Centros de Saúde e/ou Clínicas, cadastrados no programa de psicóticos, fundamentada na relação pessoa a pessoa, é descrita desde o momento da seleção do cliente, até o acompanhamento de suas atividades domiciliares. Os dados colhidos no CAPS, quanto aos aspectos: faixa etária, diagnóstico, ocupação procedência, permitiu que um perfil da população fosse traçado. O objetivo principal da busca da reintegração do cliente no seu contexto familiar é relatado através do desenvolvimento metodológico dos procedimentos de enfermagem adotados junto as quatro famílias que compuseram o foco principal do trabalho. Esperamos que com a continuação de nossa vivência profissional, possamos encontrar ou corajosamente, assumir nosso papel, como mediadoras entre as diversas formas de tratamento ao transtorno mental, daqueles que, sem dúvida nenhuma depositam muitas horas de sua vida em nossas mãos.

Palavras-chaves: Relação pessoa-a-pessoa, Enfermagem Psiquiátrica e Família

ABSTRACT

It shows the account of a Nursing Final Work, realized by two academicians of Nursing Course, at Universidade Federal de Santa Catarina, developed from 03/26 to 06/01/2001, no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), a public state network's ambulatory, specialized in Mental Health, placed at Policlínica de Referência Regional, Florianópolis, SC. The rendered assistance to people from hospitals, Health Centers and/or psychotic program registered clinics, based in person-to-person relationship, is described from the moment of the choice of client to the accompaniment of client's domiciliary activities. CAPS gathered data, about aspects: age, diagnostic, occupation, provenance, allowed that people's profile was delineated. The main objective of looking for client's restore int his family context is related through methodological development of Nursing procedures with four families whom have composed the main focus of the work. We hope, with the continuation of our professional ; of, we can find or bravely assume our function as mediators among the several forms of treatment to mental disturbance of them, whom, with no doubt, spend many hours of their lives in our hands.

Keywords: Person-to-Person relationship, Psychiatric Nursing and Family

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1. Revisão Bibliográfica	12
2.1.1. Aspectos Históricos.....	12
2.1.2. Transtornos Mentais	17
2.1.2.1. Esquizofrenia	17
2.1.2.2. Depressão.....	34
2.1.2.3. Relação Pessoa a Pessoa	55
2.2. Marco Referencial	63
2.2.1. Teorista.....	63
2.2.2. Conceitos Básicos.....	63
2.2.3. Processo de Enfermagem.....	65
3. OBJETIVOS/METODOLOGIA.....	68
3.1. Objetivo Geral.....	68
3.2. Objetivos Específicos.....	68
4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	72
4.1. Descrição do Local.....	72
4.2. População Alvo.....	74
5. CRONOGRAMA.....	75
6. RESULTADOS	78
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
8. FONTES BIBLIOGRÁFICAS	120
9. ANEXOS	123

1. INTRODUÇÃO

As atividades de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, realizadas no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) situado na Policlínica de Referência Regional III, Florianópolis, SC, no período de 26/03 à 01/06/2001, são retratadas neste trabalho através do relato da assistência de enfermagem prestada ao cliente portador de transtorno mental e aos seus familiares no contexto domiciliar.

Ao cursarmos a VII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, percebemos a importância do papel da família na vida do portador de transtorno mental e a necessidade de sua participação para o restabelecimento do quadro clínico do cliente, sem que haja, para isso, rompimento das suas relações familiares e também do convívio social. Sendo assim o atendimento ambulatorial nos chamou atenção no sentido de que este serve de suporte para cliente e familiares, no que diz respeito a medicação, esclarecimento de dúvidas acerca do transtorno mental e assuntos pertinentes a crise, que o mesmo cliente possa apresentar.

Usamos como instrumental teórico, no desenvolvimento deste trabalho, os preceitos preconizados por Travelbee (1979), para quem, a relação pessoa a pessoa possibilita vislumbrar cada ser humano e as características individuais e pessoais que o tornam, um ser único e distinto, no universo de tantos seres humanos.

Os capítulos que compõem este relato de nossa vivência são apresentados através dos aspectos históricos e os transtornos mentais dos clientes, o marco referencial utilizado, objetivos geral e específicos, contextualização do local de estágio, metodologia adotada para concretização do projeto, cronograma, resultados alcançados e considerações finais.

A criação de uma ponte entre o cliente usuário do Programa de Psicótico do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) através de uma relação pessoa a pessoa é retratada neste relatório, da forma originalmente vivenciada por nós.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1.1 Aspectos Históricos

Este texto foi organizado a partir da apostila utilizada na VII Unidade Curricular do Curso de graduação de Enfermagem elaborado por Rosangela Maria Fenili.

A tentativa de explicar as doenças da mente, fez com que ela fosse creditada a aspectos físicos, psicológicos e mágicos.

O homem primitivo explicava a causa da sua doença através do método mágico, que atribuía sua origem a influências malignas, em que os espíritos se apoderavam do corpo da pessoa, e nele introduziam substâncias estranhas e nocivas.

“Com o método orgânico, o homem passa a explicar a doença mental como uma decorrência de uma disfunção orgânica, que causa a ruptura do equilíbrio interno. Acredita-se que a doença tem como causa aspectos físicos explicado através da bioquímica, farmacologia, fisiologia, neurologia, entre outras”. (Fenili, 1999) . Com o avanço nas técnicas de diagnóstico, essa teoria hoje é mais aceita.

O método psicológico, passa a atribuir aos conflitos e traumas do sujeito originadas normalmente na infância, a responsabilidade pela doença mental. A pessoa torna-se assim

incapaz de enfrentar-se, de reconhecer seus impulsos, desejos, temores, enfim, seus sentimentos.

Como o modo de perceber a doença mental, o tratamento também se modificou com o passar dos tempos. “Na pré-história os doentes mentais eram tratados com ritos tribais”. (Fenili, 1999). Os doentes mentais na Idade Antiga e Grego Romana eram abrigados em templos e lá, às vezes, eram tratados com delicadeza, ou de forma severa e bárbara. Porém foi na Idade Média que a psiquiatria literalmente teve um dos períodos mais negros, valendo-lhe o cognome de “idade das trevas”.

Os doentes eram exorcizados, sofriam perseguições e eram condenados à fogueira. Os doentes atendidos pelos religiosos algumas vezes recebiam tratamentos mais humanos, outras mais brutais, como forma de afastar o “espírito maligno”.

No século XVI os curiosos pagavam para ver os doentes que eram trancafiados em celas, masmorras ou asilos para loucos.

No século XVII se atribuía, tanto a causa, quanto a cura da loucura, aos magos e bruxas. Muitas pessoas foram queimadas neste século. A partir da Primeira Revolução Psiquiátrica (francesa), ocorrida neste século, é que surgiram locais específicos para os cuidados dos doentes mentais, passando a ser reconhecido o caráter-médico das perturbações que apresentavam. Foi Philippe Pinel que, por volta de 1792, libertou prisioneiros que viviam acorrentados, “provando o erro de se tratar doentes mentais de forma desumana. Esquirol que deu continuidade ao tratamento humanizado dos doentes é considerado o primeiro professor de psiquiatria” (Fenili, 1999). Pinel e Esquirol reconheceram que o doente mental era portador de uma patologia natural com efeitos psíquicos.

Benjamin Franklin inaugurou em 1756, o Pennsylvania Hospital na América do Norte, local em que, apesar de atendidos no porão, tinham cama e quartos aquecidos. Benjamin Rush, considerado o pai da psiquiatria norte americana, acreditava que “as fases da lua influenciavam o comportamento do doente, e assim criou um método de contenção,

considerada tranqüilizante” (Fenili, 1999), apesar de insistir em um tratamento mais humano.

A Segunda Revolução Psiquiátrica (alemã) ocorreu no século XIX com o surgimento de novas idéias e várias correntes psiquiátricas. “Sigmund Freud desenvolveu a teoria do inconsciente e se utilizou da hipnose, da transferência e formulou a teoria da libido, revolucionou conceitos ortodoxos sobre a mente” (Fenili,1999). Neste século são desenvolvidos algumas técnicas de tratamento como a insulinoaterapia, a malaroterapia e a eletroconvulsoterapia. Alguns medicamentos utilizados até hoje, também começaram a ser administrados, como o lítio, a clorpromazina, o haloperidol, os benzodiazepínicos, entre outros.

“A partir da 2ª Guerra Mundial a terapia de grupo passa a ser utilizada por Maxwell Jones nos soldados incapacitados pela doença mental” (Fenili, 1999). Nos anos 50 as pessoas acometidas por transtorno mental passam a ser tratadas em comunidades terapêuticas e hospitais abertos.

Na década de 60 surge o movimento de antipsiquiatria, encabeçado por Tomaz Szasz, R. D. Laing, D. Cooper e A. Esterson. Eles acreditavam que a loucura era uma forma de libertação adotada pelos doentes, para tolerar uma situação insuportável. Na Itália em decorrência dos questionamentos realizados por Franco Basaglia, quanto as instituições psiquiátricas, tem início em 1961, o processo de desinstitucionalização da assistência ao doente mental e a reforma psiquiátrica.

A assistência psiquiátrica no Brasil até 1941 caracterizou-se por quatro períodos: no primeiro período, a loucura não é considerada doença. No segundo período, a loucura é doença e lugar de louco é na rua, na cadeia, ou no porão das Santas Casas. O terceiro período caracteriza a loucura como doença, baseando-se num modelo alienista em que lugar de louco é dentro dos asilos. Com o quarto período surgem os hospitais-colônia, ligados ao poder público considerados local de permanência dos loucos.

A criação da primeira instituição foi o hospício D. Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, exclusiva para doentes mentais, que ao serem recolhidos das ruas deixam de

transitar no espaço urbano. Assim, Salvador, em 1874, Recife 1889, Belém do Pará 1873 e Porto Alegre 1884, criam outras instituições com estas mesmas características.

Segundo Santos, Filho, (1991) citado por Borenstein e Ribas, (1999) a criação de inúmeros hospitais-colônia, destinados ao recolhimento e tratamento dos doentes mentais, foi considerada na época, como uma assistência mais científica e racional. As colônias surgiram em função da economia brasileira na época, ser basicamente agrícola. Aos internados nestas colônias, cabia a responsabilidade das lavouras, fazendo com que o hospital unisse dois pontos básicos, a terapia do doente e a auto suficiência do hospital em relação aos alimentos, reduzindo como consequência seus custos.

A história da psiquiatria em Santa Catarina teve início com a construção do hospital de alienados em Azambuja, no município de Brusque. Lá foram abrigados os pacientes que viviam acorrentados em porões, isolados nas comunidades e jogados pelas ruas. Na época as instituições psiquiátricas mais próximas eram o hospital São Pedro, em Porto Alegre e o hospital Franco da Rocha, em São Paulo.

A construção do hospital Colônia Sant'Ana na localidade do Salto do Maruim, no município de São José, na década de 40, é que oficializou a assistência psiquiátrica em Santa Catarina. Na época, foi caracterizado como hospital modelo para o tratamento de doentes mentais. Com o decorrer dos tempos, tornou-se precário e alvo de muitas críticas.

“Na década de 60 foi implantado o manicômio judiciário em Florianópolis” (Fenili, 1999), além de outros três hospitais de iniciativa privada, a Casa de Saúde Rio Maina Ltda, em Criciúma, o Instituto São José Ltda, em São José e a Clínica Nossa Senhora da Saúde em Joinville.

“Nos anos 70 foi criada a Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública” (Fenili, 1999), iniciando assim uma nova política de atuação psiquiátrica no Estado.

Nos anos 80 teve início a criação de planos de ação para obtenção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a reativação de ambulatórios desativados. No Brasil nesse período, é que teve o início o processo de desinstitucionalização, com o desenvolvimento de uma política em favor da saúde mental. “Ela se firma através do SUS

(Sistema Único de Saúde) e da realização de duas conferências de saúde mental, uma no Rio de Janeiro em 1987 e a outra em Brasília em 1992” (Fenili, 1999).

“Para substituir o decreto lei nº 24.559 de 03/07/1934 surge o Projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991, nº 3.657 de 1989, na casa de origem da autoria do Deputado Paulo Delgado. Este projeto *Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistências e regulamenta as internações compulsórias*. Como foi rejeitado na sessão do Senado foi apresentado o Projeto Substitutivo de Lucídio Portela e Sebastião Rocha que *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de distúrbios mentais e estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços, desativa as instituições de modelo asilar não terapêuticas, regulamenta a hospitalização voluntária, involuntária e dá outras providências*” (Fenili, 1999).

Em 1997 surge o Projeto de Lei sobre saúde mental que *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.

“A reforma psiquiátrica já foi aprovada nos Estados do: Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal, Paraná, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Norte. Em Santa Catarina e Rio de Janeiro as leis da Reforma ainda estão em tramitação. Santa Catarina tem o projeto de lei nº148 de 1996 dos Deputados Idelvino Furlanetto e Volnei Morastoni, que *Dispõe sobre a reforma psiquiátrica, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental* e o Substitutivo Global do Projeto de Lei da Assembléia Legislativa nº 340 de 1995 do Deputado João Henrique Blasi que *Dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços e regulamenta a internação voluntária, involuntária e compulsória e dá outras providências*” (Fenili, 1999).

A partir da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foi criada a Portaria nº 224 de 29/01/1992 do Ministério da Saúde a qual prescreve a criação de núcleos/centros de atendimento e atenção psicossocial (NAPS/CAPS). No município de Florianópolis temos o

CAPS que é um ambulatório especializado em saúde mental e pertence à rede pública estadual.

Neste ano, o Dia Mundial da Saúde, foi comemorado como o tema Saúde Mental. No mesmo dia, 06/04/, foi sancionada a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (Anexo I), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais de autoria do deputado Paulo Delgado, que ficou 12 anos tramitando no Congresso. A lei garante os direitos dos portadores de transtornos mentais, assim como a revisão das internações involuntárias pelo Ministério Público, estimula o fim da hospitalização e a extinção progressiva dos manicômios.

Em Santa Catarina, para comemoração deste dia, foi realizado um seminário sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e no Estado. Participaram do encontro coordenadores e secretários municipais de saúde. Segundo Zaleski, (2001), coordenador da comissão de políticas de saúde mental, diretor geral e psiquiatra do Instituto de Psiquiatria, é possível prevenir a doença mental com informação, diagnóstico precoce, treinamento de pessoal e campanhas articuladas.

2.1.2 Transtornos Mentais

2.1.2.1 Esquizofrenia

Histórico

Em 1911 o psiquiatra alemão Eugen Bleuller, utilizou pela primeira vez a expressão “o grupo de esquizofrenia”, que vem do grego shizo = cindido e pheren = mente. Ele utilizou esta expressão para definir pacientes que tinham características de desligados de seus processos de pensamentos e respostas emotivas.

Psicótico

O termo define perda do sentido de realidade ou incapacidade de distinguir entre as experiências reais e imaginárias, este quadro se traduz em delírios e/ou alucinações.

Conceito

O termo esquizofrenia é derivado de palavras gregas que significam mente partida ou personalidade dividida e é uma alusão à discrepância entre o conteúdo ideativo e a expressão emocional. Equivocadamente acha-se que o esquizofrênico tem dupla personalidade. Esse termo na verdade deveria ser utilizado para descrever um quadro de sintomas: enganos, alucinações, desordem de pensamento e ausência de respostas emotivas, que estão aliados a fatores genéticos, biológicos e as tensões ambientais. É considerada uma doença mental, especialmente incapacitante, pois interfere na capacidade do paciente de trabalhar, de se relacionar com os outros e de cuidar de si, alterando seu desempenho profissional e social. O esquizofrênico apresenta retraimento emocional da realidade presente, ou seja, uma regressão. Ainda não foi descoberto a sua cura, mas com o tratamento adequado, há uma redução significativa nos sintomas e os surtos.

O Código Internacional da Doença define esquizofrenia como um distúrbio que apresenta distorções características do pensamento e da percepção e por afetividade inapropriada ou embotada. A capacidade intelectual está preservada, embora possam ocorrer certos déficits cognitivos com o curso da doença; a consciência está sem alterações. Pensamentos, atos e sentimentos podem ser vivenciados como conhecidos ou partilhados por outras pessoas. Ocorrem alucinações, especialmente auditivas, que comandam os pensamentos ou atos do paciente. É uma das psicoses funcionais (são as doenças mentais para as quais não existem doenças orgânicas demonstráveis ou déficit intelectual).

Incidência

Em geral os primeiros sintomas psicóticos da esquizofrenia aparecem na adolescência ou com atraso no adulto. Os homens tendem a desenvolver a esquizofrenia entre os 15 e 24 anos, enquanto as mulheres costumam desenvolver mais levemente, menos severos e normalmente mais tarde, entre os 25 e 34 anos. Alguns estudiosos acreditam que há uma incidência de pico ao redor dos 45 anos e outro, principalmente nas mulheres, por volta dos 60 anos. É uma doença rara antes da adolescência, que coloca em risco a felicidade e a eficiência de toda a vida adulta do paciente. A maioria dos esquizofrênicos não é violenta; ao contrário preferem o retraimento e que os deixemos a sós (no distúrbio agudo alguns

podem ser violentos). São capazes de abster-se das violências. Cerca de 25% dos pacientes esquizofrênicos evoluem favoravelmente com remissão satisfatória dos sintomas e convívio social e familiar; 25% evoluem de forma desfavorável e 50% tem um curso intermediário.

Etiologia

Assim como a personalidade de cada indivíduo é o resultado da interação de fatores sociais, culturais, psicológicos, biológicos e genéticos, uma desorganização da personalidade, como ocorre na esquizofrenia, pode ser resultado da interação de muitos fatores. Parece que existem fatores genéticos que produzem uma predisposição à esquizofrenia, aliados a fatores ambientais que contribuem para o desenvolvimento de diferentes graus da doença em diferentes indivíduos. Não se sabe dizer se é hereditária, mas parentes consangüíneos de pacientes com esquizofrenia tem maior probabilidade de desenvolver a doença do que consangüíneos de pessoas sem a doença (cerca de 1%). A maioria dos especialistas é de opinião que se pode herdar uma vulnerabilidade ou predisposição ao distúrbio. Essa predisposição ou potencial herdado pode, por uma série de fatores, produzir a doença.

Essa predisposição pode aparecer devido a um defeito enzimático ou a alguma outra anormalidade bioquímica, a um pequeno déficit neurológico ou a algum outro fator ou combinação de fatores. Não se sabe dizer se a esquizofrenia é culpa dos pais, é um defeito químico ou uma anormalidade física do cérebro.

A etiologia é dividida em:

Fatores orgânicos

Hereditariedade: existiria uma predisposição hereditária, mas a doença só apareceria em resposta a graves tensões ambientais. Em alguns casos, porém não haveria predisposição hereditária e a doença surgiria unicamente em resposta as tensões ambientais. Estudos genéticos indicam que famílias com algum membro doente aumentam o risco para a doença. O fator de risco para herança esquizofrênica é de 10% para aqueles que tem um membro familiar direto com a doença e de aproximadamente 40% se a doença afeta ambos

os pais ou gêmeos idênticos. Em torno de 60% dos portadores de esquizofrenia possuem parentes não próximos com a doença.

Neuropatologia: demonstra alteração no lobo temporal e diminuição de estruturas límbicas (amígdalas, hipocampo), que não são encontradas em todos os cérebros examinados.

Neuroimagem: técnicas de mapeamento por imagens revelam menor atividade cerebral no córtex pré-frontal e em alguns casos perdas reais de tecido, particularmente nas amígdalas – hipocampo, no lado esquerdo do cérebro. O córtex pré-frontal do cérebro afeta a memória, razão, agressividade e fala significativa; a atividade reduzida nesta área pode causar sintomas negativos. A área diminuída dos lobos temporais do cérebro (localizada perto das orelhas) e áreas límbicas (localizadas no fundo do cérebro) que são relacionadas às emoções, parecem estar ligadas aos sintomas positivos, tais como ouvir vozes. A ressonância magnética revela alguns casos de sulcos cerebrais aumentados, denominados *pellucidí de septi de cavum* (CSP), entre os ventrículos laterais. Durante o desenvolvimento no ventre, o CSP se inicia com uma única camada e se fende em duas antes do nascimento, voltando a se fechar após o nascimento, durante o desenvolvimento do bebê. Em algumas pessoas com esquizofrenia a etapa final é incompleta e o CSP é aumentado. Um estudo achou um volume grande de sangue no cérebro de pessoas com esquizofrenia sugerindo uma anormalidade de irrigação. Mas, nem todos os pacientes com esquizofrenia apresentaram tais anormalidades.

No entanto, elas foram encontradas também em algumas pessoas que não tinham indicação da doença. Nos estudos realizados no fluxo sanguíneo e metabolismo cerebral foram encontrados um maior número de receptores dopaminérgicos.

Constituição: foi demonstrado que há uma incidência muito maior em um certo biótipo corporal que é caracterizado pela magreza, um tórax pequeno e musculatura pouco desenvolvida, entre os portadores de esquizofrenia do que na população em geral.

Bioquímica e biofísica: hipótese dopamínica. Alguns especialistas acreditam que a esquizofrenia se origina de uma desordem rara nos neurotransmissores. Um possível elo

entre as anormalidades cerebrais e o desenvolvimento da esquizofrenia envolve o transporte de dopamina pelo neurotransmissor. A dopamina foi investigada por muitos anos, e observou-se a princípio que certas drogas que reduziam a ação de dopamina no cérebro também reduziam os sintomas psicóticos. Por outro lado, drogas que aumentavam a atividade da dopamina, aumentavam os sintomas ou agravavam a esquizofrenia. A pesquisa foi centralizada em receptores de dopamina, principalmente D1 e D2. Os estudos de imagem mostraram uma hiperatividade da dopamina nas partes do cérebro onde parecem se localizar os sintomas psicóticos. Em esquizofrênicos, o lado esquerdo do cérebro tende a ter concentrações mais altas de dopamina que o direito, o que provavelmente, não é devido a uma superprodução de dopamina, mas a um aumento dos receptores de dopamina D1, ocorrendo no córtex pré-frontal do cérebro, o que pode ser relacionado a sintomas negativos. Nos dias de hoje, especialistas discutem que um equilíbrio anormal de dopamina e não só a hiperatividade podem desencadear a síndrome esquizofrênica.

Fatores Psicogênicos

Acredita-se que o fator predisponente seja um distúrbio na relação mãe-filho, onde ela demonstra sua rejeição pelo bebê nos primeiros meses de vida. Nesse período o ego do bebê está começando a se desenvolver, ele não reconhece a mãe como objeto separado de si e pode perceber o ambiente como hostil e ameaçador. A formação do ego é prejudicada e ele não consegue definir o conceito de si mesmo. Ele tem dificuldade em diferenciar o eu do não eu. Alguns autores apontam a hipótese do “duplo vínculo” em que o bebê desde cedo estabelece uma ambivalência em relação a uma ou mais figuras de referência em seu ambiente.

Acredita-se que a família do esquizofrênico é uma família doente e raramente feliz, daí a necessidade de auxiliar todos os membros da família. Como o ego do esquizofrênico não é bem estruturado ele é incapaz de lidar com os problemas envolvidos numa relação familiar, paternal e conjugal.

Fatores Sócio-culturais

Embora não exista um grupo cultural imune a esquizofrenia, estudos demonstram que o curso da doença parece ser mais severo em países em desenvolvimento. A doença pode ocorrer tanto em pessoas divorciadas, como solteiras, casadas ou viúvas. Sua possibilidade se encontra nos grupos sócio-econômicos mais baixos. Segundo Santos (2001), isso acontece em decorrência dos esquizofrênicos encontrados com sintomas positivos pertencerem a uma classe economicamente mais baixa, por serem abandonados por falta de recursos da família e às vezes, quando muito, são levados a instituições por falta de meios financeiros por parte da família. Contudo, se o portador de esquizofrenia for de classe média-alta e/ou de família esclarecida, pouca oportunidade terá de fazer parte da estatística e grupo de estudos para pesquisa, pois é tratado e cuidado adequadamente com conforto e medicação necessária sem surtos e recidivas constantes da doença. Portanto, não existe uma única causa para explicar os casos de esquizofrenia, mas observa-se que a maioria dos casos de esquizofrenia é vítima de erros no desenvolvimento do cérebro que ocorre geneticamente. Estudos recentes apontam que essas anormalidades são encontradas no feto em desenvolvimento e não após o nascimento.

Sintomas

Surgem a partir de vários processos físicos e respondem diferentemente aos tratamentos. Geralmente o paciente apresenta mais de um sintoma, mas raramente apresentará todos.

Bleuler descreveu a esquizofrenia atribuindo-lhe os quatro A: Apatia, Desagregação do pensamento (afrouxamento dos nexos associativos), Autismo e Ambivalência Afetiva. Alucinação auditiva pode ser acrescentada aos sintomas.

Apatia: as emoções do esquizofrênico mostram um certo grau de inadequação ou o tipo de sentimento manifesto pelo paciente parece não estar de acordo com as idéias expressas ou o grau de emoção é pouco comum.

O grau de emoção pode ser estranhamente intenso, ou mais freqüentemente, mínimo ou aparentemente ausente. O embotamento afetivo é a falta de resposta emocional dos esquizofrênicos.

Desagregação do pensamento: torna-se impossível para um observador acompanhar as expressões verbais do paciente e o tipo de linguagem utilizada por ele. É uma característica comportamental. A diferença entre fuga de idéias e desagregação é que na primeira existe relação entre as idéias que se sucedem e se precedem, e as palavras usadas são semelhantes aos da linguagem usual. O oposto ocorre na desagregação. O observador tem dificuldade para entender o que é dito pelo paciente.

Pensamento Autista: significa o que age sozinho. Os processos de pensamento do paciente não podem ser facilmente acompanhados pelo observador. Seus pensamentos e expressões verbais possuem um significado para si mesmo. Suas expressões verbais e pensamentos têm um significado somente para ele, dificultando sua comunicação com os demais.

Alucinações auditivas: é considerado um distúrbio no juízo da realidade. O paciente pode ser incapaz de distinguir fatos objetivos da fantasia. A alucinação é representada em qualquer dos cinco órgãos dos sentidos, mas a auditiva é a mais freqüente.

Sentimentos de despersonalização: são idéias de transformação interna ou corporal.

Sentimentos de estranheza ou irrealidade: são atribuídos a pessoas ou objetos inanimados no ambiente.

Bleuler classificou os sintomas da esquizofrenia em: fundamentais ou primários e acessórios ou secundários.

Os sintomas fundamentais são os característicos da doença, ou seja, distúrbios da associação do pensamento, da afetividade (ambivalência afetiva), da vontade (decorrentes de alterações de funções psíquicas elementares) e o autismo (decorrentes da função de integração psíquica).

Os sintomas acessórios podem ocorrer em outros quadros com alterações sensorceptiva, delírios, sintomas catatônicos e alterações da memória e da atenção.

Crow fez uma outra classificação e os descreve como sintomas positivos ou produtivos e sintomas negativos ou deficitários.

Os sintomas positivos se manifestam por comportamento incomum com distorções no conteúdo (delírios) e na forma (distúrbio ideativo) do pensamento e percepção (alucinações).

A alucinação é um dos mais amplos sinais reconhecidos de esquizofrenia, ela pode tomar a forma de ver e ouvir coisas que não existem. As alucinações auditivas, que são os falsos sentidos de sons, tal como ouvir vozes, são um dos sintomas mais comuns. Os sintomas psicóticos normalmente aparecem na idade dos 17 aos 30 anos no homem e nas mulheres entre 20 e 40 anos. Porém, os pacientes geralmente exibem algum indício de esquizofrenia antes do primeiro episódio psicótico.

Já os sintomas negativos se manifestam através da ausência do comportamento esperado em determinadas situações, diminuição da auto-estima, falta de emoções, entonações de voz e perda geral do interesse pela vida. Estes sintomas geralmente ocorrem cedo no processo da doença e costumam ser menosprezados, sendo assim são insuficientes para o paciente e familiares procurarem por um tratamento. Podem se manifestar juntamente com os sintomas positivos e podem persistir mesmo após o tratamento dos sintomas positivos. São mais comuns em pacientes mais velhos do que nos mais jovens.

Para ser considerado esquizofrênico a pessoa deve exibir sintomas característicos continuamente durante seis meses pelo menos. Um único sintoma não é específico e o diagnóstico depende de uma crise ser ativada e ter sua duração de pelo menos um mês aproximadamente, consistindo dois sintomas característicos. O diagnóstico também pode ser feito na base de um único sintoma se o paciente possui enganos (mania) ou alucinações particularmente esquisitas.

Realidade não comum: ele vê o mundo de modo diferente como os demais que o cercam, assim sendo, ele apresenta um retraimento em relação ao mundo exterior. Os

processos de pensamentos perturbados ocorrem devido a uma percepção distorcida da realidade.

Delírios: o paciente pode ter a crença de possuir um poder especial ou missão e afirmar isto para as pessoas.

Distúrbio do pensamento: a pessoa pode ter dificuldade de seguir um raciocínio durante muitas horas. Os pensamentos podem ir e vir tão rapidamente que não é possível retê-los. Pode não conseguir concentrar-se por muito tempo e se distrair facilmente, torna-se, incapaz de fixar atenção. Os pensamentos são desorganizados e fragmentados e não seguem uma seqüência lógica.

Expressão das emoções: o afeto é inadequado, não demonstrando emoção em relação ao que faz e diz, e embotado, demonstrando um tom de voz monótono e diminuição da expressão facial.

Atividade psicomotora anormal: o indivíduo fica andando de um lado para outro sem parar, ou balançando, ou dando passos sem sair do lugar, ou mesmo permanecendo imóvel.

Quadro Clínico

Personalidade pré-mórbida: alguns pacientes demonstram uma desadaptação psicossocial que remonta à infância e à adolescência com retraimento social e emocional, introversão, tendência ao isolamento e comportamento desconfiado e excêntrico. Geralmente são pessoas de poucos amigos, que apresentavam dificuldades na escola e na adolescência e não conseguiam relacionar-se afetivamente com o sexo oposto. Muitas vezes há uma dificuldade em se adaptar ao trabalho, incapacitando-os a um vínculo empregatício prolongado, sendo constituído de um mau prognóstico.

O quadro agudo da esquizofrenia pode ser abrupto ou insidioso.

O insidioso é considerado até dois meses e o indivíduo começa a apresentar alterações do comportamento que ocorrem aos poucos, se torna mais isolado, perde o interesse pelas coisas que o circundam, não mostra motivação para nada, quer apenas ficar no quarto quieto. Às vezes, pode adquirir interesses bizarros.

O abrupto aparece em dias ou semanas e o paciente costuma se apresentar angustiado, perplexo e com a impressão de que algo está para acontecer. Ele reclama de insônia, de falta de apetite, fala coisas sem nexos, pode se apresentar agitado e até agressivo. Geralmente apresenta aparência desleixada, idéias delirantes, alucinações (principalmente auditivas), pensamento desagregado, percepções delirantes, alterações da motricidade (lentificação, negativismo e outros sinais catatônicos) e da afetividade (incongruência, indiferença, embotamento, comportamentos pueris). O paciente dificilmente tem a noção do seu estado patológico e apresenta as mais diversas explicações para o que está acontecendo consigo.

Quadro residual ou defeito esquizofrênico

São sinais e sintomas que persistem após diminuição parcial do quadro agudo. Pode permanecer, na minoria dos pacientes, delírios, vivências de influência ou alucinações crônicas. O paciente mantém um certo distanciamento e controle, permitindo que ele conviva com os sintomas. Atinge principalmente a esfera afetivo-conativa da personalidade. O olhar se torna indiferente e há uma redução na expressão facial e mímica.

Mantém pouco contato e responde as perguntas com monossílabos, seu discurso é pobre e comportamentos inadequados podem ocorrer. O afeto é embotado, havendo um esvaziamento da expressão afetiva e pouca modulação emocional.

Tipos

Catatônico: é o que tem melhor prognóstico, pois seu início é mais cedo (menor média de idade). Os transtornos da psicomotricidade dominam o quadro. O paciente pode apresentar períodos de excitação e agitação com períodos de estupor, mutismo e negativismo. No estupor catatônico todas as formas de atividade motoras voluntárias estão cessadas. O paciente pode ficar imóvel em posição fetal, deitado muito tempo, mudo com os olhos fechados ou parados. Pode apresentar incontinência fecal e urinária total, por absoluta indiferença ou inconsciência em relação a essas funções orgânicas. Pode se negar a comer ou beber algo. Na agitação catatônica ele manifesta um comportamento agressivo e imprevisível, com atividade motora excessiva. Pode apresentar “flexibilidade cêrea” que

consiste em manter durante um tempo considerável, sem fadiga, uma posição ou atitude estranhas em que seu corpo foi colocado pelo examinador.

Paranóide: é a forma mais comum. Manifesta-se por delírios persistentes, paranóides, de perseguição, de autoreferência, de ciúmes, de mudanças corporais, acompanhados de alucinações auditivas e distúrbios da percepção. Seu início é gradual e seu prognóstico não é muito favorável. A principal característica desse tipo é a desconfiança extrema que é manifestada não só nas relações dos pacientes, como também em muitas idéias delirantes. O paciente pode achar que pessoas o perseguem, ou que é objeto de uma conspiração. As alucinações freqüentemente ocorrem acompanhadas de delírios.

Simple: é indiferenciada e crônica, é a condição menos evidente. O comportamento estranho adotado pelo paciente é considerado pela sociedade mais como uma forma de excentricidade do que sintomas de um transtorno mental. As relações humanas mais íntimas estão ausentes, além de uma desagregação do pensamento. Os padrões de vida dos esquizofrênicos simples são indicativos da gravidade de seus distúrbios emocionais, da natureza ineficaz de suas tentativas de ajustamento.

Hebefrênico: este tipo altera principalmente a afetividade. Acontecem delírios e alucinações fragmentárias, comportamento bizarro e pueril e maneirismo. O afeto é inapropriado ou superficial, com risos sem motivo qualquer.

O pensamento é desorganizado e o discurso fragmentário. Ela geralmente aparece dos 15 aos 20 anos. Tende a ser a forma mais maligna, com pior prognóstico. Idéias delirantes e alucinações se destacam e tendem a ser de natureza bizarra e fantástica. Neste tipo há uma desintegração grande, quase total, da personalidade humana.

Esquizoafetivo: o paciente apresenta um humor hipomaniaco ou moderadamente deprimido, enquanto sua ideação corresponde bem de perto à do esquizofrênico. As alucinações e as idéias delirantes são freqüentes.

Tratamento:

Atualmente o Instituto Nacional de Saúde Mental e a Agência de Seguros de Pesquisa e Saúde organizaram suas recomendações para o tratamento de esquizofrenia em sete categorias: medicações com antipsicóticos, medicações adicionais para depressão, ansiedade ou hostilidade, terapia com eletroconvulsivos, tratamentos psicológicos, intervenções familiares, reabilitação vocacional e tratamento intensivo comunitário.

Estudos têm demonstrado que pacientes que recebem durante os primeiros episódios da doença, tratamento com drogas antipsicóticas e outros tratamentos, nos cinco anos que se sucedem, são menos hospitalizados e precisam de menos tempo para controlar os sintomas, desde que procurem ajuda rapidamente. Um estudo comprovou que a intervenção de controle prévio da esquizofrenia reduziu o número de surtos e conseqüentemente de internações.

Farmacológico: as drogas antipsicóticas foram até bem recentemente o principal tratamento para a esquizofrenia. Elas bloqueiam os receptores de dopamina, pois acredita-se que este neurotransmissor tenha influência nos sintomas psicóticos. Portanto, ela reduz os sintomas e seu reaparecimento. A dose deve ser individualizada para cada paciente. Estes medicamentos são conhecidos também como neurolépticos, pois podem causar efeitos neurológicos paralelos. Os medicamentos mais utilizados são: a clorpromazina (neuroléptico), a clozapina (antipsicótico), o lítio, a carbamazepina, os benzodiazepínicos (lorazepam, alprazolam), a remoxiprida e a risperidona.

Eletroconvulsoterapia (ECT): é denominado eletrochoque e recebeu uma má impressão desde que foi introduzido nos anos 40. Entretanto algumas técnicas refinadas recentes ressuscitaram o seu uso, principalmente na depressão grave.

Um estudo realizado do mapeamento cerebral por imagem demonstrou que a ECT não causa danos a estrutura do cérebro e alguns médicos preferem se utilizar desta terapia ao invés da medicamentosa.

Psicossocial: sabe-se atualmente que esta terapia psicossocial é a base física para a esquizofrenia, não mais recomendada como um tratamento alternativo para as drogas e sim

paralelo. Como a esquizofrenia pode ocorrer entre os 18 e 35 anos ela torna o indivíduo incapacitante para o trabalho, por impedir o aprendizado ou sua qualificação profissional, tornando a pessoa deficiente em suas habilidades sociais e profissionais.

Na terapia psicossocial destacam-se:

Reabilitação: o paciente recebe um treinamento social e vocacional incluindo orientação vocacional, um treinamento para um trabalho, solução de possíveis problemas, administração do seu dinheiro, uso de transporte coletivo, além do treinamento em relações sociais. O trabalho remunerado é muito importante para a reabilitação do paciente. Um estudo demonstrou que depois de um ano de trabalho, 40% dos pacientes com esquizofrenia que eram pagos por seus serviços, obtiveram uma melhora em todos os sintomas e 50% muita melhora nos sintomas positivos. Os que não recebiam por seu trabalho, a melhora foi consideravelmente menor.

Psicoterapia individual: é realizada por profissional treinado em psicoterapia. O profissional conversa com o paciente e aborda problemas passados ou atuais, experiências, pensamentos, sentimentos ou relacionamentos. Compartilhando suas experiências com pessoa capacitada para entendê-lo pode ajudá-lo a compreender de uma forma gradativa seus problemas e a si mesmo. Com a psicoterapia há possibilidade do doente aprender a distinguir o que é real e o imaginário.

Terapia familiar: auxilia no planejamento do tratamento e na compreensão do que é a doença e os serviços que são oferecidos para o tratamento. As pessoas mais próximas do paciente exercem grande influência no curso da doença, e essa influência pode ser positiva ou negativa, dependendo da maneira como a família encara o paciente.

Terapia de grupo: é realizada com 6 a 12 pacientes e 1 ou 2 terapeutas. O objetivo é um aprender com a experiência do outro. Não é indicada na crise.

Grupos de auto-ajuda: nestes, a pessoa percebe que não é a única a enfrentar este problema.

Na fase aguda o tratamento deve ser realizado em regime ambulatorial ou de internamento. O objetivo é diminuir os sintomas do paciente. É feito com medicações, neuroléptico de 4 a 6 semanas e através das abordagens psicossociais.

Devido ao quadro de angústia, desconfiança e perplexidade, o paciente necessita de um ambiente estruturado, protegido e com pouca estimulação para a sua tranquilização. Podendo receber atividades de caráter recreativo ocupacional, assim como grupos de orientação e preparação para a alta hospitalar. A família também deve receber orientação e esclarecimentos sobre a doença e a maneira de auxiliar o paciente na sua vida diária.

Na fase de manutenção: o objetivo é a profilaxia de recidivas ou novos surtos. Ela é feita através, principalmente, da farmacoterapia, reabilitação do paciente e das abordagens psicossociais.

Terapia medicamentosa: pode ser através da medicação oral ou depot, sendo que os efeitos aparecerão após várias semanas ou até meses. A dose deve ser a metade ou até 1/3 da dose na fase aguda. Deve-se orientar o cliente para que fique atento aos sinais e sintomas de piora: tensão, nervosismo, dificuldade de concentração, inapetência, inquietação, tristeza, dificuldade para dormir, entre outros, o que deve levá-lo a procurar auxílio psiquiátrico imediatamente.

Na medicação de uso intermitente o paciente faz seu uso diariamente, exceto nos finais de semana (contra-indicado, pois favorece a discinesia tardia), podendo ser suspensa enquanto o quadro estiver estabilizado. A medicação deve ser reintroduzida assim que os sintomas aparecerem.

O tratamento farmacológico é indicado para todos os pacientes com esquizofrenia e seu uso deve ser de pelo menos de um a dois anos após o aparecimento do 1º surto. Se o paciente apresentou dois surtos, o prazo passa a ser cinco anos. A suspensão do medicamento deve ocorrer de forma progressiva com orientação médica.

Nas abordagens psicossociais, o terapeuta deve ter em mente que a esquizofrenia é uma doença crônica com severas limitações funcionais. A psicoterapia tem uma compreensão psicodinâmica da esquizofrenia. Os esquizofrênicos têm dificuldade em estabelecer

relações interpessoais devido ao retraimento emocional que ocorre devido a estruturação do ego ineficiente ou pela dificuldade de lidar com os conflitos que foram adquiridos precocemente na relação criança-mãe-pai. A terapia de grupo é mais favorável do que a individual devido a interação social que ocorre com os participantes.

A institucionalização leva a um aumento da dependência do cuidado institucional, produz perda de contato social com a família, amigos e comunidade.

A função do hospital dia, hospital noite, a pensão protegida e o ambulatório é de garantir a avaliação do doente por um profissional quanto ao uso da medicação, constatação quanto aos primeiros sinais de alerta de recaídas potenciais, animar o paciente a recuperar suas habilidades e trabalhar os delírios e alucinações (ao invés de aceitá-los dizer ao paciente que não vêem as coisas da mesma maneira, mas reconhecem que as coisas podem parecer diferente para o paciente).

O tratamento de programa comunitário consiste numa equipe de profissionais que prestam atenção especializada e que proporcionam um tratamento de apoio para os pacientes em suas casas. É altamente benéfico e de custo menor, comparado ao da hospitalização, pelo menos em longo prazo. No Brasil este serviço ainda não é oferecido e no exterior ele é conhecido como “caregivers”.

Como trabalhar com o paciente esquizofrênico?

As manifestações clínicas apesar de parecidas, são únicas para cada paciente, por isso, o tratamento deve ser dirigido as suas necessidades e capacidades específicas. A enfermeira deve demonstrar uma atitude calorosa e de aceitação, pois no ponto de vista psicogênico a esquizofrenia é desencadeada por um distúrbio no relacionamento mãe-filho, onde uma poderosa impressão de rejeição é transmitida para o bebê. Ela tem a tarefa de propiciar que o paciente confie no outro ser humano, tarefa difícil, pois ele adquiriu a incapacidade de confiar devido suas experiências passadas com pessoas significativas, que provaram a ele que a confiança não era possível. Por conta disso, a enfermeira não deve prometer nada que não possa cumprir para ele. O esquizofrênico vivencia e teme uma grande solidão, mas não tanto como teme uma intimidade interpessoal. Alguns estudiosos acham que qualquer

esquizofrênico pode ser ajudado se oportunizando a ele uma boa relação maternal. O doente acha que a enfermeira deve ir de encontro a ele, pois ele é incapaz de dar ou inicialmente responder com amor e calor humano uma relação íntima com outro ser humano. A recusa em manter algum envolvimento vem do medo de uma relação mais íntima. Devido suas necessidades narcisistas e a incapacidade de investir-se nos outros, acusa a pessoa que o auxilia de o estar rejeitando.

A hostilidade do paciente enquanto pessoa normal reprime impulsos a si próprio, porque ele tem poucos mecanismos de defesa, e seu inconsciente torna-se bastante disponível para ele. Ele inicia um processo de rejeição a uma pessoa se achar que está sendo rejeitado por ela.

A enfermeira deve:

Ouvir atentamente o que o paciente diz e responder, na medida do possível, todos os seus questionamentos e dúvidas.

Estar atenta para à comunicação não verbal do paciente, e suas respostas e pensamentos concretos.

Devido ao distúrbio na formação do ego, pode ocorrer a despersonalização e a incapacidade de distinguir o eu do não eu. As sessões de psicoterapia de grupo podem ajudar a expressão dos seus sentimentos de estranheza. Como mecanismo de defesa o paciente pode se utilizar da regressão o que torna por vezes difícil para a equipe, lidar e até esperar um determinado comportamento a nível da sua idade cronológica. Caso seja necessário a contenção e o isolamento, não deve ser negado a presença de outros seres humanos. Quando discutir as dificuldades em relação a determinado paciente não rotulá-lo como um caso perdido. Deve-se sempre, ter em mente que, todo comportamento do paciente tem suas causas e é dirigido a satisfação de suas necessidades que, muitas vezes, pode ser interpretado e compreendido e podem representar sentimentos que o próprio paciente não compreenda, tenha ciência ou até mesmo uma defesa ou mecanismo projetivo.

Objetivos do tratamento

Ajudar o paciente a aprender a tolerar a proximidade e o interesse da enfermeira.

- Reduzir os sentimentos de solidão.
- Aumentar a baixa auto-estima.
- Combater a tendência a isolar-se.
- Ajudar a encarar a ansiedade aguda.
- Deve-se reconhecer os aspectos sadios da personalidade do paciente, de modo que suas dificuldades emocionais não pareçam tão debilitantes.

Atendimento de enfermagem

A enfermeira deve estar atenta a:

- Manifestação de retardo ou agitação motora;
- Negligência nos cuidados pessoais;
- Fezes e urina presentes por uma incapacidade para decidir-se a ir ao banheiro;
- Tomada de decisões e julgamento prejudicados;
- Dificuldade com limpeza, compras, etc;
- Agressão à coisas e pessoas;
- Alucinações;
- Preferência por atividades solitárias, evitando situações sociais e atividades grupais;

- Desconforto físico;
- As medicações tomadas pelo paciente; e
- Desnutrição.

A enfermeira deve:

- Incentivar o paciente a participar de alguma atividade recreacional, assim que ele começar a confiar nela;
- Auxiliá-lo nos cuidados pessoais;
- Ouvir seus delírios sem tentar mudar suas idéias através da lógica;
- Cumprir as promessas feitas;
- Usar frases curtas e palavras específicas;
- Manter atividades diárias exatamente iguais durante bom tempo;
- Sentar-se ao lado do paciente, conversando mesmo que se obtenha pouca ou nenhuma resposta do mesmo;
- Melhorar a aparência física do paciente para elevar sua auto-estima.

2.1.2.2 Depressão

História

Hipócrates, famoso médico grego, há 400 a.C. utilizava termos como “mania”, “melancolia”, dentro das descrições das perturbações mentais. Por volta dos anos 30 d.C., o célebre romano, Aulus Cornelius Celsus, trabalhou a questão da emocionalidade naquilo que tange a melancolia. Galeno e Arateus também teorizaram sobre o assunto. Desde a teoria clássica de Hipócrates sobre a depressão, relacionando-a com um dos humores, a bile negra, da qual é derivado o termo Melancolia (Melan = negro, Coli = bile) várias hipóteses têm sido estudadas quanto à sua etiologia.

O termo depressão do latim “deprimere”, com o significado de “deprimir”, abater, debilitar, enfraquecer, remonta do século XVI. No século XVIII o termo “depressão” passa a ser mais utilizado, onde ganha novas variantes como “depressivo”, baixo, achatado, com registro datado de 1858. Em 1882 o alemão Karl Kahalhauem, utiliza-se do termo, “ciclotimia”, para denominar mania e depressão como partes distintas de uma mesma patologia.

Na verdade sobre ela ainda pouco se aprendeu, em que pese os seus respeitáveis conhecimentos em torno dessa doença psíquica.

Conceito

A depressão é um mal-estar muito presente na civilização, neste fim de século. Grave é aquele processo depressivo que afeta, de diferentes maneiras, o humor, o pensamento, as funções corporais e o comportamento de uma pessoa.

Na depressão, muitas vezes, o pensamento se torna negativo em relação a si mesmo, ao presente e ao futuro. As pessoas deprimidas podem ter dificuldades para se concentrar e memorizar e com freqüência têm problemas para tomar decisões. À medida que a depressão vai se tornando mais grave, pode ocorrer o sentimento de menosprezo e desespero. As pessoas que pensam que a vida não vale mais a pena ser vivida apresentam com freqüência idéias suicidas.

Depressão é uma doença diferente de tristeza, assim como depressão clínica diferente de estado depressivo.

As principais características que fazem a tristeza ou estado depressivo passageiro se tornarem uma depressão são:

1-PERSISTÊNCIA - quando não há retrocesso nestes estados emocionais citados.

2-INCAPACITAÇÃO - quando esses estados emocionais incapacitam para as atividades normais.

3-DESPROPORÇÃO - ou seja, um nível exacerbado do sentimento em relação a fatos que podem ser considerados comuns ou de pequena importância.

É uma doença do indivíduo como um todo, compromete o físico, o emocional, a forma de comer, dormir, sentir-se em relação a si e aos outros. Doença depressiva não é fofa, tristeza, muito menos defeito do caráter.

Depressão é uma condição humana descrita há séculos. Ainda não existe definição final, classificação adequada ou explicação sobre a causa ou causas. Frequentemente confunde-se tristeza ou stress com depressão, mas esta última é muito mais profunda: a depressão é uma profunda impotência funcional perante a vida. Quase todas as pessoas, sejam elas jovens ou idosas, experimentam sentimentos temporários de tristeza ou melancolia em algum momento de suas vidas. Estes sentimentos fazem parte da vida, e tendem a desaparecer sem tratamento. Por outro lado, uma pessoa que sofre de um transtorno depressivo raramente irá conseguir superar o problema espontaneamente.

Quando utilizado o termo "depressão", fala-se de uma doença com sintomas específicos de duração e gravidade significativas: A verdadeira pode comprometer seriamente a capacidade de uma pessoa levar uma vida normal e, além disso, pode colocar em risco a vida dessa pessoa. É importante esclarecer às pessoas deprimidas de que elas não "estão ficando loucas", e de que não há motivos para se envergonhar. A depressão é uma doença comum, e não há motivos para sentir-se envergonhado de procurar um tratamento, assim como se faz com uma gripe. A depressão é uma doença que incomoda muito a vida do paciente e de sua família. Por outro lado, costuma ser fácil de tratar. Assim como na depressão a pessoa não consegue se imaginar bem, quando ela passa a pessoa não consegue imaginar como era possível estar tão mal tão pouco tempo atrás. Como a doença, ou as doenças estudadas com essa denominação, resultam em incapacitação para o trabalho, suicídio, problemas médicos secundários, comprometimento da vida familiar, além de muito sofrimento para o paciente, torna-se fundamental a atuação dos profissionais da saúde, independente de suas especialidades, no sentido do diagnóstico, tratamento e prevenção precoce.

Incidência

As estatísticas apontam a quarta década da vida como a época mais propícia ao surgimento do mal, embora outros dados já indiquem uma alteração na saúde mental de jovens na faixa etária entre 15 e 24 anos.

Quando se trata de fatores genéticos, registra-se que se um dos pais tem transtorno bipolar I, que é caracterizado pela ocorrência do episódio maníaco, existe uma chance de 25 % de qualquer filho ter um transtorno de humor. Se ambos os pais tiverem, as chances sobem para até 75 %. Há muito vem sendo estudado o braço curto do Cromossoma 11. A depressão é uma doença que atinge 8% das pessoas adultas em algum momento de sua vida. A maioria das pessoas que sofrem deste mal, não recebe tratamento porque desconhecem o caráter orgânico da patologia. Com isto não se beneficiam dos recursos modernos, numa das áreas que mais evolui na psiquiatria.

Durante muitos anos, acreditou-se que os adolescentes não eram afetados por esta doença, mas atualmente os especialistas sabem que os adolescentes são tão suscetíveis à depressão quanto os adultos. Em todas as faixas etárias, a depressão é um distúrbio que deve ser encarado seriamente. Ela pode interferir de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem-estar geral. Nos casos mais graves, a depressão pode levar ao suicídio. Infelizmente, nos últimos 30 anos, o índice de suicídio entre adolescentes triplicou. Devido o emprego de critérios como os da DSMIII e aperfeiçoamento metodológico nas investigações epidemiológicas constata-se que a depressão afeta pessoas de todas as idades, de todas as nacionalidades, em todas as fases da vida. Os pesquisadores estimam que cerca de 5% da população sofre de depressão. Cerca de 10% a 25% das pessoas podem apresentar um episódio depressivo em algum momento de sua vida. Aqueles que já sofreram um episódio de depressão poderão ter em média cinco episódios depressivos ao longo de suas vidas, embora esta probabilidade varie muito de pessoa para pessoa. Muitos apresentam a primeira crise de depressão durante a adolescência, apesar de nem sempre ela ser reconhecida. Segundo os especialistas, a depressão comumente aparece pela primeira vez em pessoas com idade entre 15 e 19 anos. Observou-se nas duas últimas décadas um aumento muito grande do número de casos de depressão com início na adolescência.

As pesquisas também mostraram que cerca de 20% dos estudantes do 2º grau sentem-se profundamente infelizes ou têm algum tipo de problema psiquiátrico. Mas por que razão alguns adolescentes se tornam deprimidos, enquanto que outros parecem lidar, facilmente, com as transições para a idade adulta? A resposta não é simples, pois a depressão quase sempre se deve a uma combinação de diversos fatores.

No Brasil os dados não são precisos, mas estima-se que mais de 5 milhões de pessoas já tenham experimentado alguma crise de depressão em suas vidas. Obviamente que trata-se de assunto bastante complexo e, por isso, tem sido alvo de diversas pesquisas científicas.

A prevalência (total de casos numa determinada época) da depressão não-bipolar varia entre 2,3 e 3,2% da população adulta masculina e entre 4,5 e 9,3% da feminina. Fatores de risco (fatores que aumentam a probabilidade da pessoa ter a doença) para a depressão não-bipolar compreendem: ser mulher, entre 35 e 45 anos de idade, com história familiar de depressão ou alcoolismo, tendo tido um ambiente familiar negativo na infância, tendo vivenciado eventos de vida negativos recentes, sem uma relação afetiva íntima e tendo tido um filho no último ano. O fato da depressão, especialmente a não-bipolar ser mais freqüente na mulher tem sido muito discutido. Alguns questionam o achado alegando que a mulher procura atendimento médico com freqüência maior e, portanto, tem uma chance maior de ser diagnosticada. Os estudos mais recentes, porém, que entrevistaram pessoas na comunidade sem qualquer seleção, têm confirmado a maior prevalência em mulheres. O suicídio é um risco freqüente nas depressões. Avalia-se que em 30 a 70% das pessoas que cometem suicídio existe uma depressão.

Etiologia

Acredita-se que a depressão seja causada por um desequilíbrio entre substâncias químicas cerebrais, os neurotransmissores. Outros fatores fisiológicos seriam algumas doenças, vários remédios e também o álcool e outras substâncias das quais as pessoas abusam.

Na atualidade a depressão vem sendo abordada no grupo que se refere a “transtornos do humor”. A Psicologia vê o humor como “tendência emocional de reação individual a algo”.

O transtorno do humor em sua base causal é desconhecido, havendo no momento muitas pesquisas, muitos estudos, e um esforço muito grande da ciência em definir a causalidade em questão. Os esforços têm convergido para as bases de gênese biológica, biogenética e vice versa, e a relação de afetação com os fatores psicossociais.

Em termos dos fatores biológicos, registra-se a questão das aminas biogênicas em seus metabólicos, onde as alterações são visíveis no sangue, urina e líquido dos pacientes. Destaca-se aí a noradrenalina e a serotonina e, pelo menos, teoricamente a dopamina, também exerce uma influência na ocorrência depressiva, favorecendo a uma desregulação da acetilcolina. Hoje comprovadamente as drogas que aumentam os níveis de concentração de dopamina, tirosina, anfetaminas reduzem os sintomas depressivos. Outras questões têm sido vistas como importantes, o hipotálamo como fator decisivo para a harmonia dos fatores neuroendócrinos em seu campo adrenal e tireóidico. Neste caso já existe um consenso entre os transtornos da tireóide e sua associação com pacientes com transtornos do humor.

Há também estudos que indicam a ocorrência depressiva para pessoas de estimulação embotada na liberação desses hormônios, vê-se ainda a anormalidade do sono registrada em eletroencefalograma, insônia inicial e terminal, múltiplos despertares e hipersonia.

As considerações neuroanatômicas têm indicado uma relação da ocorrência depressiva com o sistema límbico, constituídos por estruturas situadas desde o telencefalo até o mesencefalo tendo como área central o hipotálamo, onde, supostamente estão comprometidas com as ocorrências emocionais, ao sono, apetite e ao comportamento sexual.

Os fatores psicossociais têm dado ênfase a evidência de acontecimentos vitais estressantes, ou seja, que o stress que acompanha o primeiro episódio provoca alterações significativas e duradouras na estrutura de comportamento cerebral. As pesquisas têm se

atentado para fatores como a perda de um dos pais antes dos 11 anos, a perda de um dos cônjuges, e as situações de riscos acentuados. Nas experiências com animais submetidos a situação estressante seguidamente, observou-se que estes tendem a postura de desistência, declarando uma impotência diante aos acontecimentos; este sentimento de impotência é também forte nos pacientes diagnosticadas como deprimidos.

Outros fatores também são apontados como possíveis causas:

predisposição genética; predisposição da própria personalidade; situações difíceis, desgastantes, frustrantes; perda de posição profissional ou social, aposentadoria, etc; parto (Depressão Puerperal); síndrome do pânico (experiência traumática na qual a pessoa se sentiu indefesa ou humilhada ou sem possibilidade de reação, por exemplo assalto, seqüestro, acidentes). Esse conjunto de sintomas se chama distúrbio de stress pós traumático (a sigla desse distúrbio é PTSD = Post Traumatic Stress Disorder); psicose; uso ou abuso de certos medicamentos, por exemplo cortisona, anfetaminas, quimioterapia, etc. drogas ou álcool; intoxicações; algumas doenças físicas como por exemplo hipotireoidismo, câncer, pneumonia, mononucleose, reumatismo, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, cirurgia de ponte de safena, asma, insuficiência respiratória, etc; dores crônicas; traumatismos cranianos; doenças cerebrais, por exemplo acidente vascular cerebral ("derrame"), insuficiência circulatória cerebral, Alzheimer, arteriosclerose, esclerose múltipla, Parkinson, Huntington, tumores benignos e malignos, epilepsia, aneurismas, enxaquecas, etc; radioterapia; anemias; hipovitaminoses; Aids e manifestação para-neoplásica.

As pesquisas mostram que os fatores genéticos têm um papel importante no desenvolvimento de depressão. É mais freqüente a ocorrência de depressão nas pessoas que têm familiares com transtornos depressivos. Restam muitos pontos obscuros sobre a depressão a começar pela sua delimitação, interna e externa. É provável a existência de várias formas de depressão com diferentes etiologias e evoluções, mas não se conseguiu ainda uma classificação com base científica. As depressões, com freqüência, também se confundem com outras doenças mentais como, por exemplo, quadros de ansiedade. Apesar de comprovado, não se conhece o exato mecanismo de transmissão genética.

A neurotransmissão, a nível sináptico, continua sendo a área mais promissora no sentido de se desvendar os mecanismos fisiopatológicos subjacentes às depressões e os mecanismos de ação dos medicamentos. Todavia, apesar do intenso esforço científico, há talvez, mais dúvidas do que conclusões devido à complexidade dos sistemas neurotransmissores. As hipóteses iniciais de falta de noradrenalina ou de serotonina na sinapse foram substituídas pela sub-sensibilidade dos receptores pós-sinápticos, mecanismo mais em acordo com o tempo de latência do efeito dos medicamentos antidepressores (14 dias). É de se prever que esse novo mecanismo vá, em breve, ser superado por outro ou por outros, dada a rapidez com que os conhecimentos se modificam nessa área. Tem havido progresso também, na explicação psico-social da depressão. Investigações com metodologia complexa e rigorosa têm demonstrado a importância de fatores como número de filhos, perda do pai ou da mãe na infância e falta de uma relação afetiva íntima, na gênese das depressões.

A importância da transmissão genética é hoje comprovada a partir de estudos em gêmeos, em famílias e com filhos adotivos. Ainda é desconhecido o mecanismo de transmissão genética. Tentativas de se estudar uma possível ligação com o cromossoma X, ou com características biológicas herdadas como HLA (antígeno humano leucocitário), atividade da dopamina-beta hidroxilase, atividade da catecol-O-metiltransferase ou atividade da monoamino-oxidase em plaquetas não produziram resultados positivos.

Sintomas

Os sintomas da depressão compreendem: humor deprimido na maior parte dos dias e quase todos os dias, interesses restritos para a vida. Prazer bastante reduzido ou total ausência de prazer. Tristeza persistente, diminuição da vontade, sentimento exagerado de culpa, perda de perspectiva, desejo de fuga da vida, redução da mobilidade e da capacidade cognitiva, além de insônia ou hiperssonia, ansiedade ou sensação de vazio, sentimentos de culpa, inutilidade e desamparo, perda de interesse ou prazer, perda de apetite e / ou peso, excesso de apetite e ganho de peso, diminuição da energia, fadiga, idéias de morte ou suicídio, inquietação, irritabilidade, dificuldade para concentrar-se e decidir, sintomas físicos persistentes sem diagnóstico.

A expressão depressiva demonstra um comprometimento das funções psíquicas em seu conjunto, como sendo a tristeza vital, a angústia e a inibição da psicomotricidade em níveis a ser considerados como leve, moderado, severo sem aspectos psicóticos ou severo com ocorrência psicóticas.

Evidentemente nem todas as pessoas com depressão apresentam todos esses sintomas.

As pessoas mais idosas podem apresentar um quadro clínico com falta de memória importante, às vezes mais evidente do que a própria depressão. Às vezes apenas com o tratamento antidepressivo é possível diferenciar uma depressão de uma arteriosclerose em pessoas idosas.

Quadro Clínico

Alguns casos de depressão se caracterizam por dores vagas e difusas pelo corpo ou na cabeça, com vários exames laboratoriais normais. O intestino pode ficar preso, dores de estômago, a boca amarga, a pele envelhecida, os cabelos e as unhas fracos e sem brilho, acompanhados de dores de cabeça, suores, taquicardia e outros sintomas físicos. Muitas vezes aparecem pensamentos de "dormir e não acordar mais". Algumas pessoas se sentem como se estivessem separadas do mundo por uma redoma de vidro. Outras não conseguem nem sentir alegria nem tristeza ("sensação da falta de sentimentos").

A pessoa pode ficar com "idéias fixas", como: acha a situação financeira ruim e sem perspectiva; se sente culpado por coisas que fez e que não fez. O passado volta carregado de auto-recriminações, de arrependimentos, de coisas erradas que fora da depressão a pessoa nem se lembra que existiram. Durante a fase depressiva a auto-estima fica abaixo de zero; e acredita estar passando por uma doença incurável.

Depressão é um distúrbio do humor e, como tal, é uma síndrome que pode acompanhar doenças sistêmicas, neurológicas e/ou neuropsiquiátricas. A tríade clássica da síndrome depressiva se compõe de tristeza, retardo motor e lentidão do curso do pensamento.

Mas também há outros efeitos físicos, mentais e emocionais. Muitos deprimidos sentem-se desamparados, como se essa situação fosse durar para sempre. Sentem-se sem

energia e sem interesse pela vida. É difícil se imaginar sentindo novamente alegrias ou emoções, mesmo que quase todos os deprimidos apresentem melhoras. Alguns deprimidos podem sofrer de ansiedade. Outros se isolam e ficam menos sociáveis. Podem ficar mal-humorados e difíceis de agradar. O mundo da depressão é um mundo solitário.

As alterações no cérebro que afetam as emoções podem também afetar a capacidade mental. Isso quer dizer que é fácil ter pensamentos negativos, e pode ser difícil concentrar-se ou tomar decisões quando se está deprimido. Problemas físicos também podem ocorrer em pessoas deprimidas. Algumas têm dificuldade em dormir ou acordam muito durante a noite. Outras querem dormir o tempo todo.

Podem aparecer alterações de apetite ou distúrbios de alimentação, tais como anorexia nervosa (negar-se a comer) e/ou bulimia (bebericar e comer sem parar). Alguns perdem o interesse pelo sexo. Algumas pessoas deprimidas podem sentir-se extremamente fatigadas e sonolentas o tempo todo além de exaustas mesmo após terem dormido por várias horas.

Tipos

Modernamente diz-se que há pelo menos três espécies básicas de depressão: a endógena, que se liga a herança genética, a causal, que resulta de fatores traumatizantes de natureza física capazes de produzir perturbações no funcionamento do sistema nervoso, e a relativa, que decorre de conteúdos e problemas psicológicos não resolvidos (ressentimentos diante da realidade não aceita e mistura com auto piedade, etc.).

Algumas pessoas têm nítida piora da depressão quando o tempo está nublado. É o que se chama de depressão sazonal. Ela pode ser muito bem tratada com fototerapia.

A doença se apresenta sob três formas distintas: a) Os sintomas depressivos são aqueles que "todo mundo tem um dia", quando acorda e sente que está "cansado da vida". Há sensações de tristeza, angústia e desamparo, mas "o ser humano é capaz de resolver por si o problema". b) A síndrome depressiva apresenta as mesmas sensações dos sintomas depressivos, mas é acompanhada de insônia, diminuição do apetite, baixa na auto-estima, sentimento de culpa e, no caso das crianças, é a alteração do poder de concentração. c) O "transtorno depressivo" é a doença propriamente dita, caracterizada por todas as

características anteriores, mas num quadro que se apresenta mais constante, interferindo na vida cotidiana da pessoa.

O sistema mais empregado atualmente para diagnóstico para os transtornos psiquiátricos é a DSM III (Diagnostic and Statistical Manual III) da Associação Americana de Psiquiatria.

A DSM III começa com a definição de "Episódio Depressivo Maior" o qual pode, depois, ser qualificado de acordo com outras sub-categorias.

Crítérios Diagnósticos (DSM III) para Episódio Depressivo Maior (D. PRIMÁRIA)

A. Humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades habituais e passatempos. O humor disfórico é caracterizado por sintomas como os seguintes: depressão, tristeza, falta de esperança, irritabilidade.

O transtorno do humor tem de ser proeminente e relativamente persistente, mas não necessariamente o sintoma mais persistente e não compreender alterações momentâneas de um humor disfórico para outro, p. ex., ansiedade para depressão e, desta para raiva, como freqüentemente se observa em estados de agitação psicótica aguda.

B. Pelo menos quatro dos seguintes sintomas estiveram presentes quase todos os dias durante um período de pelo menos duas semanas.

1) diminuição do apetite ou perda de peso significativa ou aumento do apetite ou aumento de peso significativo;

2) insônia ou hipersônia;

3) agitação ou retardo psicomotor (mas não meras sensações objetivas de inquietude ou de lentificação);

4) perda do interesse ou prazer nas atividades habituais ou decréscimo no desejo sexual, não limitado a um período de idéias delirantes ou alucinações;

5)perda de energia, fadiga;

6)sentimentos de desvalorização, auto-acusação e culpa excessiva;

7)queixas ou evidência de diminuição nas capacidades de pensar ou concentrar-se tais como lentificação do pensamento ou indecisão não associadas com afrouxamento acentuado das associações ou incoerência;

8)pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, desejos de estar morto ou tentativa de suicídio;

C. Nenhum dos seguintes sintomas domina o quadro clínico quando a síndrome afetiva (i.e critérios A e B acima) não está presente, ou seja, antes dele se desenvolver ou após sua remissão.

1)preocupação com uma idéia delirante ou uma alucinação incongruente com o humor;

2)comportamento bizarro.

D. Não sobreposto a Esquizofrenia, Desordem Esquizofreniforme ou Desordem Paranóide.

E. Não devido a Desordem Mental Orgânica ou Luto Não Complicado.

DEPRESSÃO PRIMÁRIA:

A. Humor disfórico caracterizado por sintomas como os seguintes: depressivo, triste, desesperançado, irritável, apreensivo, desanimado ou preocupado.

B. 5 critérios para o diagnóstico definitivo e 4 para o provável:

1. Perda de apetite ou perda de peso.

2. Insônia ou hipersônia.

3. Perda de energia, fadiga, cansaço.

4. Agitação ou retardo psicomotor.
5. Perda de interesse nas atividades habituais ou diminuição do desejo sexual.
6. Sentimentos de auto-reprovação ou culpa.
7. Queixas de dificuldade para pensar e concentrar-se.
8. Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

C. Uma doença psiquiátrica durando no mínimo um mês sem condições psiquiátricas pré-existentes.

DEPRESSÃO SECUNDÁRIA:

Definida da mesma maneira que a depressão primária, exceto que ocorre um dos seguintes itens:

1. Uma doença psiquiátrica não-afetiva pré-existente a qual pode ou não estar presente.
2. Risco de vida ou doença física incapacitante a qual precede ou é concomitante, paralela, aos sintomas de depressão.

Tratamento

O seu tratamento é feito com recursos farmacêuticos e psicoterápicos.

A) Antidepressivos.

São remédios que corrigem o metabolismo dos neurotransmissores. Eles não são calmantes e nem estimulantes, não criam dependência física e nem psíquica.

B) Psicoterapia.

Pode ser útil, pois a depressão afeta a pessoa como um todo e quase nenhuma doença se restringe apenas ao seu aspecto físico.

Traços de personalidade assim como problemas atuais ou passados podem ter algo a ver com a depressão. Porém existem várias técnicas de psicoterapia, e algumas podem até mesmo atrapalhar a melhora. Ao contrário do que a maioria dos leigos e alguns terapeutas ainda acham, se a depressão apresenta certo grau de intensidade, a medicação tem prioridade absoluta com relação à terapia. A psicoterapia pode esperar um pouco para ser iniciada, mas a medicação não, pois todas as pesquisas indicam que quanto mais rápido começar o tratamento medicamentoso maior é a chance de não se ter recaídas mais tarde.

C) Tempo para começar a melhorar.

Quase todos os antidepressivos precisam de 3 a 6 semanas para fazer efeito. O tratamento não deve ser interrompido por não sentir melhora nos primeiros dias. Uma maneira de apressar a melhora é tratar com antidepressivo no soro. Muitas vezes, uma internação hospitalar curta acelera a melhora e permite ao paciente e à sua família descansarem dessa fase ruim.

D) Para a família:

Geralmente a família sofre porque não consegue ajudar e sobrecarrega porque vê a pessoa passar por especialistas, fazer exames, tomar calmantes, estimulantes e vitaminas sem melhora. Então começa a dizer que é fita, "frescura", falta de força de vontade, e começa a dar palpites para a pessoa "se ajudar" "se animar" "reagir" e etc., como se ela não soubesse de tudo isso.

A depressão não é sinal de fraqueza de caráter e nem passa somente com "pensamento positivo".

A pessoa com depressão geralmente está completamente indecisa com relação a tudo. Alguém tem que tomar decisões inclusive para iniciar o tratamento.

E) Observações:

- Algumas vezes o primeiro remédio não produz resultado. Isso não quer dizer que seja um caso grave. Na maioria das vezes basta trocar de medicação.

- Mesmo que já esteja se sentindo bem, a medicação não deve ser interrompida. O médico é quem deve decidir quando diminuir, interromper ou trocar de medicação.

- Decisões importantes com relação a problemas atuais de sua vida devem ser tomadas depois da depressão ter melhorado. No momento todos os pontos de vista estão pessimistas e o doente está arriscado a tomar decisões que não tomaria se não estivesse deprimido.

- Muitas vezes, a depressão pode voltar. Existem fatores que serão avaliados para se chegar a uma conclusão. Porém, hoje em dia existem várias possibilidades de se fazer um tratamento preventivo para evitar esse problema.

- Se, quando, parar ou diminuir a dose do antidepressivo, os sintomas da depressão voltarem, não quer dizer dependência da medicação, mas sim que ainda não era hora dessa parada. Antidepressivos não criam dependência. A depressão é que algumas vezes exige tempo de tratamento mais longo.

F) Sobre a necessidade de internação:

Uma internação de poucos dias algumas vezes é indicada. Por exemplo, quando a pessoa está tão indecisa quanto à necessidade de se tratar que fica adiando o tratamento. Ou quando tanto o paciente quanto a família estão esgotados pela depressão. Ou quando existe risco de suicídio. Geralmente durante a internação se aplica antidepressivo em soro, que produz resultados mais rápidos e com menos efeitos colaterais do que alguns medicamentos via oral.

Em primeiro lugar, seria tratamento de possíveis estados físicos, como por exemplo, distúrbios hormonais seguidos por uma revisão de medicamentos em uso regular pelo paciente. Uma vez decidido ser necessário um tratamento medicamentoso apropriado e de depressão, existe um procedimento relativamente bem delineado dentro de nossos conhecimentos:

- Antidepressivo tricíclico ou tetracíclico, por exemplo, amitriptilina, imiprina e mianserin. Estas substâncias provavelmente atuam nos sistemas dopaminérgicos ou serotoninérgicos, também são ativas no sistema colinérgico. Os pontos negativos são os efeitos colaterais e início de ação retardada que podem se estender de duas a quatro semanas. Em estados bipolares, antidepressivos também podem provocar hipomania ou um estado chamado de "rapid cycling", em que há oscilações rápidas entre depressão e mania. Até um terço dos pacientes em estado de depressão severa não demonstram melhoramento com antidepressivos.

- Aumento da dose de antidepressivos.

- Considerar terapia eletroconvulsiva que parece ser mais eficaz em estados depressivos psicóticos com sintomas de alucinações. Também pode ser utilizada uma combinação de antidepressivo com neuroléptico (geralmente relacionado com a esquizofrenia) como clorpromazina ou haloperidol. Em estados de depressão profundos exibindo lentidão psicomotora severa e perda de apetite total, internação e terapia eletroconvulsiva talvez seria a primeira linha de tratamento.

- A próxima alternativa seria antidepressiva com carbonato de lítio. A melhora pode ocorrer em 2/3 dias até um mês. Antidepressivo também pode ser utilizado com tiroxina em doses baixas. Possivelmente esta última linha de tratamento seria mais indicada em mulheres de meia idade com depressão moderada/severa e crônica, resistente a outras terapias.

- No caso da combinação de lítio e antidepressivo não ser efetiva, pode-se partir para outras combinações como lítio, antidepressivo IMAO (inibidor de monoamino oxidase) ou triptofano. IMAO, em geral, é mais eficaz em casos que demonstram além da depressão, sonolência, excesso de apetite e ansiedade. Combinações de substâncias psicoativas são perigosas e devem ser usadas somente em casos resistentes. No tratamento preventivo da depressão monopolar e também em psicose maníaco-depressiva não há dúvidas da eficácia do carbonato de lítio em diminuir a frequência e severidade de episódios de mania ou depressão em grande número de casos. Tegretol (anticonvulsivo: há estudos sobre seu uso

preventivo e para estados de mania) também pode ser utilizado como alternativa, porém, o número de pesquisas sobre o uso desta substância é restrito.

O importante é lembrar que, quanto maior o período de uma depressão, mais complicados serão os problemas secundários, dificultando o trabalho do terapeuta e a recuperação do cliente.

Nos últimos vinte anos houve um avanço científico considerável no conhecimento da depressão. Isto ocorreu em várias áreas, principalmente na terapêutica psicofarmacológica que hoje, nos centros mais desenvolvidos, pode ser monitorizada através da mensuração dos níveis plasmáticos dos medicamentos. A proximidade da descoberta de marcadores biológicos permitirão o diagnóstico mais preciso da doença. O teste da supressão da dexametazona e o tempo de latência do sono REM já são usados para se distinguir a depressão de outras doenças mentais.

As pesquisas neste campo resultaram no desenvolvimento de importantes medicações para aliviar depressão através da correção dos desequilíbrios químicos.

Trabalhando com Pacientes com Depressão

É importante sabermos que, em sua maioria, as depressões não são doenças mentais, nem enfermidades sérias que exijam tratamento profissional ou remédios ou, ainda, longos períodos de psicoterapia. Antes, faz muito mais sentido compreender que a depressão, particularmente em seus estágios iniciais, é uma mensagem, ou sinal, tal como a dor, de que uma parte de nós mesmos não está recebendo a atenção adequada. Examine sua vida. A informação mais importante sobre as pessoas deprimidas é que são inativas e desinteressadas no que se refere a atividades agradáveis e compensadoras que são necessárias para manter uma vida satisfatória. Elas, em grande número, se deixaram levar a um estilo de vida no qual grande parte do tempo é utilizado em se preocupar, em se entregar ao marasmo ou ficar sem fazer nada. Além disto, o modo de pensar das pessoas deprimidas torna-se distorcido, com o resultado de que começam a perceber e interpretar seu mundo de um ponto de vista negro e infeliz.

Manter-se ativo é a chave para o tratamento e prevenção da depressão na maioria dos casos. O ciclo vicioso da inatividade e do isolamento, que ocorrem quando a pessoa pára de participar de atividades e situações que costumavam lhe dar prazer, deve ser rompido. A melhor estratégia, pois, é encorajar, persuadir e até mesmo, forçar a si mesmo a manter-se ocupado, fazendo as coisas que costumavam ser apreciadas, mesmo que não sejam particularmente satisfatórias no momento. Pesquisas científicas recentes vieram apoiar este modo de encarar a questão, demonstrando que um programa regular de aperfeiçoamento físico é um meio eficaz de combater a intensidade e a duração da maioria das depressões. É como se os exercícios e as atividades servissem para energizar o corpo e melhorar o estado de espírito, quem sabe até, por facilitar a produção de produtos químicos no cérebro, necessários para um funcionamento harmonioso.

Após realizado o diagnóstico de depressão, o terapeuta deve saber qual a gravidade do caso, se há risco para suicídio e se o paciente necessita de internação para sua proteção na fase inicial do tratamento. Com essas respostas o terapeuta planejará o tratamento adequado. Se houver o risco de suicídio, a conduta clínica deve seguir: a vigilância restrita com internação, se necessário.

Para alguém que deseja ajudar é preciso carinho e intuição, bem como saber escutar.

É terrível pensar nesta possibilidade, mas a trágica realidade é que o suicídio tornou-se atualmente a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos de idade, (A primeira causa são os acidentes, principalmente com automóveis). O índice de suicídio entre pessoas jovens triplicou nos últimos 30 anos. As estatísticas mostram que cerca de 40% dos estudantes de 2º grau pensaram, em algum momento, em por fim à própria vida. Se uma pessoa jovem ou não, mencionar a respeito da possibilidade de cometer suicídio, a coisa mais importante a fazer é levá-la a sério. Existem evidências de que as pessoas que falam em suicídio podem estar realmente considerando praticá-lo. Especialistas afirmam que a maioria dos jovens que tentam o suicídio sempre dá uma espécie de "aviso". Nestes casos, o auxílio de um médico deve ser procurado imediatamente. Por razões não totalmente compreendidas, certos adolescentes são mais vulneráveis que outros a idéias suicidas. Os principais sinais de advertência são: mudanças acentuadas da personalidade ou aparência, alterações nos padrões de sono e hábitos alimentares, e um baixo rendimento escolar. O

aconselhamento que envolve não somente o doente, mas também sua família, geralmente é bastante benéfico. Acredita-se que as medicações antidepressivas atuam aumentando o suprimento de neurotransmissores no cérebro para restauração do equilíbrio químico.

Estimular o doente a falar sobre suas dificuldades e planos (até mesmo de suicídio) faz com que eles se sintam aliviados, pois também temem que "percam o controle" e "façam uma besteira". Perguntar de maneira aberta, franca e sem fazer julgamentos ou "dar sermões" pode ser o primeiro passo que familiares, amigos, terapeutas e médicos podem dar para ajudar a prevenir o suicídio neste grupo. Isto alivia a ansiedade e diminui a ideação suicida.

A maior parte dos deprimidos que se matam comunicam esta intenção a médicos e a familiares nas semanas anteriores, por isso, deve-se levar a sério quando o paciente manifestar esta intenção. Contrariando a crença popular, quem já tentou antes tem um risco maior de ter êxito. Tal fato é verdadeiro, principalmente, se os métodos usados são muito letais, tais como o uso de armas de fogo, pular de edifícios, usar cordas e etc.

Quando a pessoa está muito deprimida, não tem energia nem para tentar se matar. Quando vai melhorando já começa a sentir mais ânimo, mais ainda tem muito pessimismo, desesperança e pode achar que a única solução é se matar. Por isso, deve-se redobrar a atenção quando o paciente está melhorando e assim que têm alta hospitalar. Orientar os paciente que após o início do tratamento farmacológico, a melhora é lenta e gradual.

Primeiro há a melhora do sono, depois do apetite. A melhora do ânimo pode levar cerca de um mês. E, uma certa visão pessimista de tudo, pode persistir por mais tempo. A psicoterapia pode ser útil para ajudar a corrigir esta visão "distorcida e cinza" do mundo que fica como seqüela da depressão. Vale a pena lembrar que, os melhores resultados no tratamento são obtidos com a associação da farmacologia com a psicoterapia. Por ter causas multifatoriais, a depressão é beneficiada por diversas abordagens concomitantes. No início do tratamento, os deprimidos podem estar tão desanimados que não consigam "falar sobre seus problemas". Mas, assim que ocorre uma certa melhora do ânimo, podem se beneficiar de uma abordagem psicoterápica que os ajudem a elaborar "lutos mal resolvidos" e de terapia cognitiva que ajude a corrigir esta visão pessimista do mundo.

Objetivos do Tratamento

- diminuir o sofrimento do cliente;
- diminuir a duração da doença;
- evitar internação hospitalar;
- diminuir risco de suicídio;
- facilitar o tratamento terapêutico;

Mas são necessárias psicoterapias adequadas para tratar-se ou entender no mínimo:

- fatores psicossociais envolvidos no processo;
- aliviar a baixa auto-estima e confiança;
- aspectos da personalidade que facilitaram o aparecimento da doença e que podem contribuir para outra crise futuramente;
- fatores secundários ao processo depressivo.

Fatores a serem inicialmente investigados:

- genético;
- doenças físicas familiares;
- família;
- inteligência;
- social;
- percepção própria do cliente, e outros.

Atendimento de Enfermagem

Atentar para os sinais indicativos de risco de suicídio:

- Falar sobre morte, suicídio ou provocar ferimentos em si próprio.
- Pânico ou ansiedade crônicos.
- Insônia constante.
- Alterações na personalidade ou aparência.
- Alterações nos hábitos de sono ou alimentares.
- Baixo rendimento escolar.
- Distribuir objetos pessoais.

A enfermeira deve estar atenta a:

- Negligência nos cuidados pessoais,
- Fezes e urina presentes por uma incapacidade para decidir-se a ir ao banheiro,
- Tomada de decisões e julgamento prejudicados,
- Dificuldade com limpeza, compras,
- Agressão a coisas e pessoas,
- Preferência por atividades solitárias, evitando situações sociais e atividades grupais,
- Desconforto físico,
- As medicações tomadas pelo paciente,
- Desnutrição

A enfermeira deve:

- Auxiliá-lo nos cuidados pessoais
- Sentar-se ao lado do paciente, conversando mesmo que se obtenha pouca ou nenhuma resposta do mesmo,
- Melhorar a aparência física do paciente para elevar sua auto-estima.

2.1.2.3 Relação Pessoa a Pessoa

Por autorização expressa da autora, Scóz,1996, o texto “Relação pessoa a pessoa” será transcrito na íntegra.

1. ASPECTOS GERAIS

Mito - “o cliente é a pessoa mais importante do hospital”.

Realidade – “o cliente deveria ser a pessoa mais importante do hospital”.

As enfermeiras não devem aceitar como verdade nenhuma afirmação relacionada com elementos ou instruções concernentes a relação pessoa-pessoa que não se possa comprovar pessoalmente na prática.

A relação pessoa-pessoa pode ser analisada sobre quatro conceitos básicos: **compromisso emocional, aceitação, atitude imparcial (não julgadora) e objetividade.**

a)Compromisso emocional: A enfermeira necessita comprometer-se emocionalmente se espera estabelecer uma relação com um cliente ou qualquer ser humano. O compromisso emocional é cognitivo e afetivo. É a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa, sem que este interesse nos inabilite.

É provável que muitos fatores afetem nossa capacidade para chegar a comprometermos emocionalmente. Os requisitos prévios incluem o reconhecimento e a aceitação de si mesmo como entidade distinta e a capacidade concomitante para perceber os outros como

seres humanos únicos. A capacidade para expressar ou controlar a expressão de nossos sentimentos quando interagimos com um paciente é também essencial.

O compromisso emocional a um nível maduro ajuda a esse ser humano, que é o cliente, a experimentar o interesse e o cuidado que lhe oferece outro ser humano: a enfermeira. O enfermo não se sente constrangido pela atenção da enfermeira. O compromisso emocional requer que ela possua franqueza e liberdade necessária para revelar-se como um ser humano ao outro, principalmente o cliente.

O compromisso emocional tem lugar dentro do contexto de uma relação entre enfermeiro e cliente. Não pode ser planejado, ordenado ou prescrito. Alguns médicos prescrevem na ficha dos pacientes – A>T>A – (Atenção Terna e Amorosa). O cuidado amoroso não pode ordenar-se. Deve-se dar livremente. O grau do compromisso emocional depende da estrutura de caráter ou personalidade das pessoas que participam da relação. Estabelece-se uma relação porque cada participante se compromete emocionalmente com o outro. A capacidade para comprometer-se emocionalmente com o cliente a um nível maduro constitui o selo característico da enfermeira profissional, assim como todo ser humano maduro. O verdadeiro antídoto contra as formas imaturas de compromisso emocional (política do não comprometer-se) é aprender a comprometer-se a um nível maduro.

b) Aceitação e Atitude não julgadora: Aceitar o cliente tal como ele é. A aceitação pode não ser um processo automático. É provável que aceitemos automaticamente aos indivíduos que tendem a satisfazer nossas necessidades, assim como não aceitamos pessoas que diminuem nossa auto-estima ou que de certa maneira, são incapazes de satisfazer nossas necessidades. Desta forma quando a aceitação não constitui-se num processo automático, constitui-se uma meta a alcançar.

As enfermeiras não aceitam e nem querem automaticamente a todas as pessoas enfermas.

O ser humano não é capaz de aceitar automaticamente a toda a pessoa que conhece e a enfermeira não constitui uma exceção. Não é possível aceitar a todo cliente ou a seu

comportamento simplesmente porque é um cliente. Apesar da compreensão intelectual das causas patológicas o comportamento apresentado pelo paciente (agressão) a enfermeira como ser cultural não está livre do produto de sua cultura, portanto mesmo sabendo o porquê da pessoa enferma apresenta tal comportamento, a enfermeira não se isentará de sentir “raiva” do paciente que a agrediu. Isto não significa que ela reagirá de maneira punitiva. Neste momento o que acontece é que ela não pode aceitar ao cliente ou seu comportamento. Sugere-se que a enfermeira admita seus sentimentos e decida que irá respeitá-los. Se ela não pode aceitar a um paciente, é melhor para ambos que o reconheça e que busque ajuda para resolver o problema. Deixar de fazer isto é o menos honesto. Um reconhecimento franco de que somos humanos e reagimos em um nível humano é melhor que negar nossos sentimentos e colocar nossa raiva sobre a pessoa enferma, ignorando-a ou rejeitando-a ou de uma forma mais sutil castigando-a por seu comportamento.

Aceitação como mandato: A aceitação como compromisso emocional e o cuidado terno e amoroso não ocorre por mandato nem por pressão. Ela ocorre automaticamente ou permanece como uma meta a ser alcançada.

Aceitar o cliente como ele é, significa não realizar trocas em seu comportamento. Na realidade as enfermeiras aceitam os clientes como eles são. Elas se esforçam constantemente por efetuar mudanças na condição do cliente e realizam atividades orientadas para provocá-las.

Aceitação não julgadora: Significa que o enfermeiro não formule juízos morais sobre o cliente ou o culpe por seu comportamento. Supõe-se que a enfermeira abstenha-se de julgar. Assim a enfermeira decide não culpar o cliente por seu comportamento. Ela deve esforçar-se por ter consciência dos juízos que formula sobre a pessoa enferma e seu comportamento. Abster-se de julgar é um mandato irreal, é um mito. A enfermeira, como ser humano, necessita saber que juízos deve formular sobre o cliente para poder intervir com eficácia.

c) A objetividade na relação enfermeira/cliente: Define-se objetividade como capacidade para observar o que realmente está ocorrendo, excluindo-se prejuízos derivados de sentimentos pessoais. A objetividade absoluta é inalcançável. Conseguir um grau

razoável de objetividade constitui-se numa meta na interação enfermeiro-cliente. A objetividade não implica em manter-se um rosto inexpressivo e indiferente. A enfermeira deve lembrar-se que suas expressões não verbais são essenciais para estabelecer e manter uma relação. Será difícil que uma pessoa enferma, que busca calor e contato de outro ser humano, reconheça a qualidade da enfermeira quando interage com uma autônoma sem expressão. A objetividade constitui uma meta ao alcance da enfermeira. No entanto, não será alcançado por uma criatura fria, distante, sem expressão, que se relaciona com os clientes como se eles fossem espécimes destinados a serem dissecados e analisados. A objetividade, entendida como isolamento e frieza constitui uma barreira para estabelecer uma relação significativa com outro ser humano.

2. PREMISSAS BÁSICAS DA RELAÇÃO PESSOA –PESSOA

a) *Estabelecimento, manutenção e término da relação da pessoa a pessoa constituem atividades que se encontram dentro do campo da prática de enfermagem.*

A meta global mais importante da terapia da relação consiste em ajudar o enfermo a reintegrar-se na sociedade, no entanto, a metodologia específica que se utiliza para alcançar esta meta varia. Cabe unicamente a enfermeira decidir os propósitos, papéis, atividades e funções das enfermeiras – isto não equivale a negar a importância da colaboração profissional.

b) *Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único.* A enfermeira e um cliente não estabelecem uma relação pessoa a pessoa. Uma relação pessoa a pessoa só é possível quando enfermeiro e cliente transcendem os papéis (enfermeiro e cliente) e cada um percebe o outro como ser humano.

c) *O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, dar, avaliar a atenção durante a relação pessoa a pessoa*

constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalhos em grupo.

3. DEFINIÇÃO DO TERMO RELAÇÃO DE PESSOA A PESSOA

A relação pessoa a pessoa constitui uma meta a ser alcançada. É resultado final de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: a enfermeira e o cliente. É também uma série de experiências para os participantes, durante as quais ambos desenvolvem uma capacidade crescente de estabelecer relações interpessoais.

A relação de pessoa a pessoa não acontece simplesmente; a enfermeira a planeja, deliberada e conscientemente. Uma relação é mais que falar “falar somente” com uma pessoa enferma por um determinado período a cada dia ou ter uma série de interações com o cliente. Um certo número de interações acumuladas não constitui necessariamente uma relação. Uma das características da relação é que ambos, cliente e enfermeira trocam e modificam seus comportamentos. Ambos aprendem como resultado ou através do processo interativo. Se ambos participantes não trocarem (mudarem), se supõe que não foi estabelecida uma relação de pessoa a pessoa.

Como resultado da relação, a pessoa enferma amplia sua capacidade para enfrentar a realidade e para descobrir soluções práticas a seus problemas, aprende a sentir-se menos estranho na comunidade e a sentir prazer de comunicar-se e socializar-se com seus semelhantes.

A enfermeira cresce como ser humano como resultado do contato com uma pessoa emocionalmente enferma. Aprende acerca de si mesma, desenvolve a habilidade de controlar e mudar seu comportamento. Aumenta a habilidade para abordar e enfrentar situações reais para ajustar-se as suas próprias expectativas e a dos demais. Nunca é fácil comparar o que diz realizar com o que se há conseguido e viver com a diferença.

A enfermeira aumenta progressivamente o conhecimento de suas próprias possibilidades e suas limitações. É difícil admitir que o ser humano falha, que nos falem conhecimentos e sabedoria e que cometemos erros de juízo. É também difícil aceitar o fato de que, mesmo se podendo ajudar a todos os clientes, nem todos se recuperam; reintegrar-

se a sociedade pode ser uma meta irreal para alguns clientes. A enfermeira se esforça para ajudar todos os clientes. Poucos clientes experimentam mudanças e melhoramentos rapidamente em seu comportamento, a maioria exibe lentas e melhoramento gradual. A enfermeira aprende que as trocas sucedem-se lentamente e que a relação se desenvolve por etapas desiguais. No começo o progresso é evidente; mas a continuação se registra por um período de retrocesso e logo uma fase de estagnação, antes que se observe novo período de progresso. Há um ritmo em cada relação. Este ritmo, uma vez compreendido, capacita a enfermeira a esperar a nova etapa sem desestimular-se.

Como resultado do estabelecimento da relação a enfermeira compreende o pouco que sabe, o muito que deve aprender e a grande distância que existe entre os dois. A enfermeira aprende a respeitar e a apreciar a singularidade do cliente individual. Dá-se conta de uma maneira concreta que o cliente não é um título de uma enfermidade; cada cliente é um ser humano pleno, um ser humano que não se acomoda facilmente ao modo de um diagnóstico.

4. OBJETIVOS DA ENFERMEIRA:

a) A enfermeira ajuda a pessoa enferma a enfrentar-se com seus problemas presentes. A enfermeira se preocupa com os problemas “aqui e agora”, tal como os percebe e define a pessoa enferma. Ela não está preocupada em descobrir o conteúdo inconsciente ou a relação que existe entre os problemas atuais e os acontecimentos que ocorreram na etapa de formação da vida do cliente.

O objetivo primário da enfermeira consiste em ajudar o cliente conceitualizar seu problema atual. O conhecimento da história passada do enfermo é útil na medida em que a enfermeira aprende a estruturar sua intervenção, no entanto a enfermeira não verifica ou solicita esta informação ao cliente. Se o cliente a revela, a enfermeira usa este conhecimento para adquirir uma visão mais ampla do seu problema atual.

b) A enfermeira ajuda a pessoa a conceitualizar seu problema. A enfermeira ajuda o enfermo a identificar ou conceitualizar problemas tal como ele mesmo os percebe.

A enfermeira escuta cuidadosamente o cliente e formula perguntas diretas. Deve a enfermeira obter uma informação completa tal como o cliente o percebe. Deve a enfermeira clarear o problema.

c) A enfermeira ajuda a perceber sua participação na experiência. A enfermeira ajuda o cliente a ver-se como participante ativo na vida e no fato ocorrido. Por exemplo: o cliente refere insônia. A enfermeira pergunta: Como explica sua insônia? O que lhe ajuda a dormir? O que lhe impede de dormir? O que você pode fazer para ajudar-se? Desta forma a enfermeira ajuda o cliente a concentrar-se no seu comportamento. A enfermeira se esforça para ajudar o cliente a concentrar-se no seu comportamento. A enfermeira se esforça para ajudar o cliente para adquirir (ou recuperar) a sensação de estar presente e vivo e apreciar o caráter único de sua individualidade. À medida que a relação progride. Fica mais fácil ao cliente reconhecer que participa ativamente das experiências da vida e que o que ele pensa, sente e faz gerar uma resposta nos demais. O cliente também aprende que as reações das pessoas que encontra dependem do seu próprio comportamento. O conhecimento se adquire lenta e gradualmente, à medida que o cliente começa a apreciar relações de causa e efeito no campo do comportamento.

d) A enfermeira ajuda o enfermo a enfrentar de forma realista os problemas emergentes. Os problemas inicialmente definidos como algo superficial pelo cliente, com o passar da relação mudam gradualmente e tornam-se bem mais profundos.

e) A enfermeira ajuda o enfermo a buscar alternativas. O pensamento do enfermo tende a permanecer em dicotomia: o ou oitenta. Ao enfermo não ocorre que há opções em relação ao seu problema; ou se estas opções existem, é incapaz de ver-se atuando de outra forma. Cabe a enfermeira: “O que pode fazer para resolver este problema?” “Há algo mais que você pode fazer?” A enfermeira não responde pelo cliente, mas ajuda-o a entender que geralmente há mais de uma solução para o problema.

f) A enfermeira ajuda o enfermo a ensaiar novas linhas de comportamento. O objetivo de ensaiar novas linhas de comportamento é ajudar ao cliente a adquirir confiança em si mesmo. Como pessoa que pode planejar, avaliar, discernir alternativas enfrentar o resultado de seus ensaios.

g) A enfermeira ajuda o enfermo a comunicar-se. Um dos objetivos é ajudar o cliente a comunicar-se lógica e claramente com os demais e adquirir a consciência do que comunica.

h) A enfermeira ajuda o enfermo a socializar-se. Os indivíduos mentalmente enfermos experimentam dificuldades para socializar-se com os demais. O termo socializar-se significa algo mais que a capacidade de falar com os outros. Um indivíduo que tem a capacidade de socializar sente prazer e desfruta ao interagir com outros e presta atenção nas necessidades dos demais. A socialização é um processo recíproco. Ex.: participação em atividades de grupo (jogos e outras diversões). Deve a enfermeira ficar atenta para perceber se a interação está realmente ocorrendo.

i) A enfermeira ajuda o enfermo a encontrar um sentido para enfermidade. Sentido é a razão conferida a uma experiência determinada da vida, pelo indivíduo que a vive. “*O que tem um porquê para viver pode suportar o como*”.

Sentido são aqueles valores que capacitam o enfermo aceitar sua enfermidade bem como servem de sustentáculo para sua vida em geral.

Crê-se que a enfermeira pode e deve ser uma experiência de aprendizado, que pode ajudar a pessoa a crescer e desenvolver-se como ser humano, em consequência do seu sofrimento. A tendência é o enfermo procurar razões para o seu sofrimento, atribuindo-o muitas vezes causa a si mesmo ou a outras pessoas. (Deus, má sorte, destino, amigos). A maioria das pessoas procura e encontra um objeto a quem culpar. Desta forma o enfermo é encarado como não responsável, não podendo assim mudar seu comportamento ou decidir seu comportamento ou decidir seu futuro. A enfermeira não pode dar sentido a vida do enfermo, mas pode ajudá-lo a encontrar fundamentos para esse sentido.

A enfermeira ajuda a identificar os métodos ineficazes utilizados no enfrentamento dos problemas da vida e a buscar ou desenvolver métodos mais eficazes.

2.2. MARCO REFERENCIAL

2.2.1 Teorista

Joyce Travelbee, enfermeira assistencial, educadora e escritora nasceu em 1926, graduou-se em enfermagem na Escola de Caridade de Nova Orleans em 1943 e, formou-se Bacharel na Universidade do Estado de Louisiana em 1959. Conquistou o grau de mestre em enfermagem na Universidade do Estado de Yale e iniciou como educadora em 1952, ensinando enfermagem psiquiátrica na Escola do Hospital DePaul, em Nova Orleans. Também ensinou enfermagem psiquiátrica na Escola do Hospital Escola de Louisiana, na Universidade de Nova Iorque e na Universidade do Mississippi, em Jackson. Foi nomeada diretora do projeto da Escola de Enfermagem no Hotel Dieu, em Nova Iorque, no ano de 1970. Travelbee teve vários artigos publicados em revista de Enfermagem em 1963, sendo seu primeiro livro “Aspectos Interpessoais da Enfermagem” editado em 1966. Seu segundo livro intitulado “Intervenção em Enfermagem Psiquiátrica”, constitui-se desde de 1971, uma fonte de pesquisa para os estudiosos dos assuntos de enfermagem psiquiátrica. Sua morte prematura, ocorrida em 1973, aos 47 anos, constituiu-se no motivo impeditivo de conclusão do curso de doutorado.

2.2.2 Conceitos Básicos

Todos os conceitos, exceto família e ambiente, estão fundamentados nos preceitos escritos por TRAVELBEE (1979).

SER HUMANO/PESSOA/INDIVÍDUO: “Um ser humano é definido como indivíduo único, irreplicável e unitemporal”.

Entendemos ser humano como indivíduo único, que devido às suas particularidades, não possibilita o uso de regras no seu tratamento.

CLIENTE/PACIENTE: Na realidade cliente não existe, só há seres humanos que necessitam de cuidados e assistência de outros seres humanos, os quais acredita-se, serem aptos a prestar assistência necessária.

Percebemos o cliente/paciente como uma pessoa que por estar incapacitada para a resolução de seus problemas necessita de ajuda profissional.

FAMÍLIA: “É tradicionalmente definida como sendo formada por duas ou mais pessoas, relacionadas por sangue ou vínculos legais, embora um número crescente de grupos não relacionados estejam identificados a si mesmos como famílias”. (TAYLOR, 1982, p.399).

Pensamos família, como o grupo constituído por pessoas consangüíneas ou unidas por vínculos legais, que agem de forma positiva quando bem estruturada, e negativa quando incapaz de lidar com os problemas de maneira produtiva, e que diretamente trocam influências entre os membros que a constitui.

ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA: Adotamos na íntegra o conceito de enfermagem psiquiátrica de Travelbee (1979) por pensarmos que enfermagem possui um corpo de conhecimentos próprios, que possibilita estabelecer um processo interpessoal, mediante a qual a enfermeira profissional ajuda uma pessoa, uma família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento mental, e, se necessário contribuir para descobrir um sentido à essas experiências.

A enfermagem ajuda em síntese o ser humano na superação das suas limitações, tratando o ser e não a sua enfermidade. O indivíduo possui família, e esta família está inserida em uma comunidade.

ENFERMEIRO: é o ser humano com formação profissional capacitado que ajuda a outro ser humano (cliente), através da Relação Pessoa a Pessoa, a restabelecer um vínculo com o seu contexto familiar.

AMBIENTE: pensamos ambiente como o espaço de interação (interna/externa) entre o cliente/família e comunidade.

RELAÇÃO PESSOA A PESSOA: “É o resultado final de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: a enfermeira e o paciente. Onde ambos desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais, promovendo nas partes envolvidas troca e modificação de seus comportamentos”. (p, 49).

Acreditamos que a Relação Pessoa a Pessoa é o resultado decorrente das interações realizadas entre dois seres humanos. Estas interações ao serem planejadas conjuntamente permitem que as pessoas enfermeiro/paciente possam trocar experiências que permitam a modificação de seus comportamentos.

2.2.3 Processo de Enfermagem

A finalidade do processo de enfermagem, segundo Joyce Travelbee (1979), em seu sentido mais amplo, se define como o elemento de experiência que possui a enfermagem, relatando o que acontece entre enfermeira e cliente. Uma premissa fundamental é que muitos elementos do processo são recíprocos, sendo que a enfermeira não observa somente, mas também é observada. O processo divide-se didaticamente em quatro etapas:

1ª etapa

Observação - A observação é que conduz a primeira etapa da ação de enfermagem. Não é possível planejar, estruturar, realizar ou evoluir ações de enfermagem sem ser observador hábil. Observar é dar-se conta, estar consciente, ou concentrar-se no que está

ocorrendo em uma situação. A observação é um método ativo, dotado de um sentido e um determinado propósito.

2ª etapa

Interpretação – A interpretação consiste na explicação da informação empírica, tentando situar o que têm sido observados dentro de um conjunto significativo. As interpretações podem classificar-se desde uma “opinião “ sem fundamento a uma hipótese provisória de trabalho, relacionada com um corpo de teoria.

3ª etapa

Tomada de decisão e ações da enfermeira: Para tomar decisões, a enfermeira deverá observar, desenvolver interpretações para o significado da informação, comprovar as conclusões e decidir que linha de ação seguir.

As ações é o que a enfermeira fará, como resultado das decisões e inclui métodos, técnicas e formas de intervenção, assim como a intervenção mesmo.

4ª etapa

Evolução das ações de enfermagem: A avaliação ou evolução das ações de enfermagem é uma das características diferenciadas da prática de enfermagem profissional. A competência na prática de enfermagem não pode ser desenvolvida, muito menos melhorada, sem uma avaliação contínua da intervenção da enfermeira. A evolução das ações de enfermagem é o processo de julgar, apreciar, estimar ou valorizar a qualidade e eficácia da enfermeira. O processo de enfermagem será implementado através de um instrumento elaborado pelas acadêmicas de acordo com a teoria acima citada, que servirá para nortear o atendimento realizado ao cliente no seu contexto familiar, conforme modelo abaixo.

PROCESSO DE ENFERMAGEM RESUMIDO

Data:

Horário do atendimento:

1. Observação:

Descrever o cliente, o ambiente e citar os problemas apresentados por ele.

A observação deve estar isenta de julgamentos.

2. Tomada de decisão:

Traçar plano de ação para futuras interações, e construir metas para mudança de comportamento do cliente.

3. Evolução/Avaliação:

Observar se houve mudanças e como elas ocorreram no transcorrer do tempo.

3. OBJETIVOS/METODOLOGIA

3.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer com os clientes e familiares usuários do CAPS, localizado na Policlínica de Referência Regional, uma Relação Pessoa a Pessoa, que possibilite a busca de um atendimento de enfermagem capaz de reintegrá-lo no seu contexto sócio familiar.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo 1:

- Conhecer o serviço ambulatorial de psiquiatria oferecido pelo CAPS.

Metodologia:

- Visitar o CAPS no período de 21/02 à 07/03 para conhecer sua estrutura física e administrativa;

- Participar das reuniões de todos os grupos oferecidos pelo programa, na primeira semana de estágio;
- Assistir as consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira supervisora do projeto na primeira e segunda semana de estágio;
- Fazer levantamento do material bibliográfico acerca da história do CAPS em Florianópolis, no decorrer do estágio.

Objetivo 2:

- Conhecer a população usuária do CAPS, procurando traçar o perfil geral da clientela.

Metodologia:

- Verificar no serviço a existência de dados estatísticos relativos a clientela atendida;
- Realizar pesquisa documental aleatoriamente através da consulta ao prontuário;
- Criar um instrumento para a realização da pesquisa na terceira semana de estágio.

Objetivo 3:

- Prestar assistência de enfermagem, aos clientes usuários do CAPS, delimitando o número entre três a cinco, em sua residência, garantindo o mínimo de três atendimentos por cliente, a partir da 3ª semana de estágio.

Metodologia:

- Selecionar cliente para atendimento através: da afinidade entre acadêmico e cliente, do convite informal e da indicação do cliente pelo médico psiquiatra e/ou equipe.
- Agendar visita domiciliar;
- Realizar visita;
- Estabelecer contato para atendimento familiar uma ou duas vezes por semana;
- Aplicar o processo de enfermagem.

Objetivo 4:

- Identificar o vínculo existente entre a família, o cliente e o CAPS.

Metodologia:

- Verificar através da visita domiciliar o entendimento da família acerca do transtorno apresentado pelo cliente e do serviço oferecido pelo CAPS;
- Capacidade da família identificar os sinais e sintomas do início do transtorno, uso da medicação, efeitos colaterais;
- Participação do cliente na rotina da família;
- Levantar o número de internações do cliente.
- Criar instrumento a ser aplicado com a família na segunda semana de estágio.

Objetivo 5:

- Verificar possibilidade de campo para desenvolvimento de estágio da VIIª unidade curricular do curso.

Metodologia:

{ Observar demanda;
aplicação dos objetivos da VIIª unidade curricular no campo;
apresentar um relatório de recomendação.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

4.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL

A Policlínica de Referência Regional do SUS (Sistema Único de Saúde), foi inaugurada em 22/11/1973, como órgão do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, que teve origem como órgão da Secretaria de Estado da Saúde, a partir de 1991, através dos convênios de municipalização SUS-SC 01/95.

Segundo Espirito Santo, Pittaluga e Fischer, 2000, p. o objetivo da Policlínica é “prestar serviços de assistência de referência, em nível ambulatorial e laboratorial a todo e qualquer cidadão, de acordo com as diretrizes gerais do modelo assistencial, que visam: universalidade, equidade, integridade, regionalização, resolubilização, descentralização, participação da comunidade e complementaridade do setor privado”.

Nos 8.609,55 m² da área física da Policlínica, encontra-se inserido o INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social). A instituição possui 07 andares, contando com o subsolo. Localiza-se na rua Esteves Júnior, 390, no bairro Centro, no município de Florianópolis.

Oferece atendimento ao público nas especialidades de: reumatologia, otorrinolaringologia, ginecologia, fisioterapia, acupuntura, neurologia, oftalmologia, odontologia, cirurgia geral, ortopedia, endocrinologia, cardiologia, nutrição, pediatria,

dermatologia. Apresenta, serviço de laboratório, raios-X, EEG, ECG, farmácia, homeopatia, educação e controle preventivo do câncer e planejamento familiar. Dentre os programas desenvolvidos, destacam-se, CAPS, Programa de Tuberculose e Pneumologia, de Saúde Natural, de Assistência ao Ostomizado, Assistência ao Adolescente, de Assistência para Diabetes, Hipertensão e Osteoporose e o Centro de Referência para a 3ª Idade.

A realização da IIª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília no mês de dezembro de 1992, possibilitou além da discussão dos temas, um outro fator que contribuísse significativamente para a historicização da psiquiatria brasileira, ou seja, a prescrição da Portaria nº 224, de 29 de abril de 1992, do Ministério da Saúde criando os Núcleos/Centros de Atendimento de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). Estes NAPS/CAPS foram instituídos como unidades de saúde locais regionalizadas que deveriam conter uma população geograficamente definida pelo nível local e deveriam oferecer atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental, funcionar em horário comercial, assistidos por uma equipe multiprofissional.

De acordo com Borestein e Ribas (1999), os NAPS/CAPS concebidos como estruturas abertas ao atendimento de emergências, como um espaço de convivência, como um local de referência para o usuário em crise, como uma instituição ativadora dos recursos comunitários, da integração paciente, família e comunidade, tem possibilitado à inúmeros clientes psiquiátricos que o buscam, vivenciar o seu cotidiano atuando como verdadeiro recurso terapêutico, minimizando crises, fortalecendo as relações e estimulando para as questões saudáveis.

O CAPS de Florianópolis foi criado em 1989, para realizar assistência secundária a clientes adultos que apresentassem transtornos psíquicos e outros a eles vinculados. Trata-se do primeiro recurso não manicomial da rede pública do Estado. Atualmente é referência para vinte e um municípios da grande Florianópolis. Devido a uma mudança na diretriz política no final do governo Pedro Ivo Campos (1989) e início do governo Wilson Kleinubing, o CAPS, instalado inicialmente em sede própria na rua Aracy Vaz Callado no

bairro Estreito, foi inserido na Policlínica de Referência Regional III, onde permanece até hoje.

4.2 POPULAÇÃO ALVO

De acordo com registros encontrados em um documento realizado por profissionais do CAPS, datado de 5 de março de 2001, o Programa de psicóticos atende aos indivíduos portadores de transtornos mentais, classificados como Transtornos Mentais Comportamentais (F00-F99) no CID-10. A maioria, dos clientes novos, são egressos de internações psiquiátricas, principalmente, do Instituto Psiquiátrico (IPQ) e do Instituto São José, sendo esporadicamente agendados por demanda espontânea.

5. CRONOGRAMA

Mês	março					Abril					Abril					abril					abril								
Dias úteis	26	27	28	29	30	02	03	04	05	06	09	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27				
Cliente 1	Participação dos grupos e consultas realizadas no CAPS					& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$					
Cliente 2						& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	
Cliente 3						& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$
Cliente 4						& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$
Cliente 5						& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$	& # @ ♠ \$
Mês	04	maio				Maio					maio					maio					maio					06			
Dias úteis	30	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30	31	01				
Cliente 1	ψ				®				# \$	# \$				# \$	# \$				# \$	# \$				\$					
Cliente 2	ψ				®				# \$	# \$				# \$	# \$				# \$	# \$				\$					
Cliente 3	ψ				®				# \$	# \$				# \$	# \$				# \$	# \$				\$					

Continua

Continuação

Cliente 4		ψ		■	Ⓜ			■	#	\$			#	\$			■			\$
Cliente 5		ψ		Ⓜ			#	\$			#	\$	■	■			■	■		\$

Legenda:

@ Escolha e contrato do cliente

& Reunião do grupo CAPS

\$ Encontro com orientadora e supervisora

Ⓜ Elaboração do relatório

Estudo bibliográfico

♣ Rotinas Administrativas

ψ Feriado

■ Cliente Sara

■ Cliente Cristiane

■ Cliente Cristiane

■ Cliente Sara

■ Cliente Sara

6. RESULTADOS

Objetivo 1:

- Conhecer o serviço ambulatorial de psiquiatria oferecido pelo CAPS.

O CAPS oferece dois programas, o Programa de Psicóticos no período matutino e o Programa de Dependentes Químicos (Projeto SAUD – Serviço de Atenção ao Usuário de Drogas) no período vespertino. Possui uma equipe multidisciplinar, constituída de: 3 médicos psiquiatras, 3 psicólogas, 1 assistente social, 2 terapeutas ocupacionais, 3 enfermeiras, 2 técnicos em atividade administrativa e 1 auxiliar administrativo, que desempenham as seguintes atividades:

Psiquiatra, matutino:

Atendimento individual e em grupo, atendimento de família, evolução e revisão de prontuários, encaminhamento de clientes, discussão de casos, participação em atividades relacionadas à saúde mental em outras instituições.

Psiquiatra, vespertino:

Atendimento individual, atendimento de família, evolução e revisão de prontuários, encaminhamentos de clientes e discussão de casos.

Terapeuta ocupacional, matutino:

Atendimento individual e em grupo, oficina de terapia ocupacional diária (individual e em grupo), orientação no balcão, evolução e revisão de prontuários, discussão de casos entre os técnicos, participação em atividades relacionadas à saúde mental em outras instituições e triagens no programa.

Enfermeira, matutino:

Atendimento individual e em grupo, orientações ao cliente e familiares, atendimento de família, triagem, administração de medicamentos e soro reidratante oral, encaminhamento de clientes para outros setores da Policlínica, evolução e revisão de prontuários, participação em atividades relacionadas à saúde mental, pré-consultas e verificação de sinais vitais.

Psicóloga (em número de 3), matutino:

Triagem, atendimento individual e em grupo, psicoterapia individual e em grupo, psicoterapia de família e casal, atendimento e orientações de balcão, evolução e revisão de prontuários, orientações aos familiares, discussão de casos diariamente entre os técnicos, encaminhamento de clientes a outros serviços da Policlínica ou de fora, participação em atividades relacionadas à saúde mental em outras instituições.

O horário do programa dos psicóticos é das 07:00 às 12:00 h, de segunda à sexta, atendendo aos egressos dos hospitais psiquiátricos e a demanda que surge espontaneamente. Os clientes são vinculados ao CAPS, através de uma triagem que segundo informação, pode ser realizada por qualquer membro da equipe. No entanto, momentaneamente, a triagem para o programa de psicóticos está fechada, sendo que a previsão de reabertura está vinculada a vinda de um profissional, médico responsável direto por esta atividade. O programa de dependentes químicos continua triando e cadastrando novos clientes.

O objetivo do programa de Psicóticos é manter o cliente em tratamento extra-hospitalar, para que este retome suas atividades diárias inserido no seu contexto familiar. Com o acompanhamento sistemático tenta-se evitar o surto psicótico e conseqüentemente a internação. Para que o cliente receba orientações e traga seus questionamentos sobre as

crises e a aproximação desta, participando do tratamento, são utilizados recursos clínicos e medicamentosos para o tratamento, além dos atendimentos grupais e individuais e de toda a equipe multiprofissional.

O CAPS possui na sua área física a seguinte distribuição: 01 sala de oficina terapêutica com três ambientes, 01 sala de apoio e depósito da oficina terapêutica, 05 consultórios, 01 cozinha, 01 copa com dois ambientes, sendo um deles também utilizado para reuniões de equipe, 02 salas de espera/estar/TV, 01 sala para triagem vincular, 01 biblioteca, 01 sala de enfermagem, 02 quartos para repouso masculino e feminino, 02 salas para atendimento em grupo, 08 banheiros, 01 secretaria, 01 almoxarifado, 01 sala para troca de seringas e/ou distribuição de preservativos. O projeto arquitetônico contempla o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, possibilitando que o CAPS possa pleitear o seu cadastramento junto ao Ministério, mas que até o momento não foi obtida resposta. (Anexo II)

Neste objetivo estava previsto ainda participar de consultas de enfermagem durante o período de estágio, porém pela falta de demanda assistimos a uma consulta cada uma, pois foi levado em consideração que, apenas uma das acadêmicas poderia acompanhar a consulta, de cada vez como forma de evitar o constrangimento e ansiedade do cliente. Durante a consulta a enfermeira supervisora, questionou o cliente sobre o seu dia-a-dia, dificuldades, uso da medicação, atividades diárias, sono e repouso, queixas, alterações comportamentais, etc. Ao final da consulta, foram verificados seus sinais vitais.

O material bibliográfico a cerca da história do CAPS, nos foi cedido pela enfermeira/supervisora e funcionários administrativos.

Objetivo 2:

- Conhecer a população usuária do CAPS, procurando traçar o perfil geral da clientela.

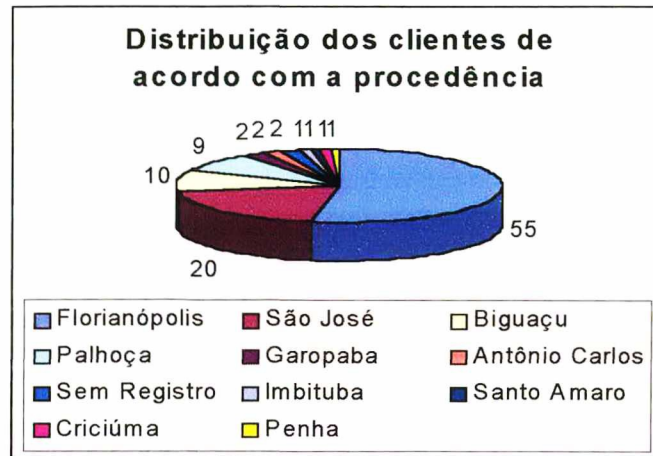
No CAPS existem dados estatísticos, que são realizados mensalmente pelos técnicos administrativos (Anexo III), entretanto resolvemos fazer esta pesquisa, pois os dados estatísticos disponíveis, não contemplavam todos os itens que julgávamos necessários para traçarmos o perfil da clientela. Contudo em função da reorganização e mudanças que vêm ocorrendo, no tratamento de portadores de transtorno mental e, ainda a desinstitucionalização, nestes últimos cinco anos, nos deparamos com um grande número de prontuários, no total de 4559. A amostra constituída de 10% da população total de 1040 clientes, atendidos de janeiro de 1998 à 10 de maio de 2001, foi estabelecido, por meio de sorteio dos prontuários dos clientes. (Anexo IV)

Gráfico 1– Distribuição dos clientes da amostra segundo o sexo no gráfico, no período de janeiro de 1998 até 10 de maio de 2001.



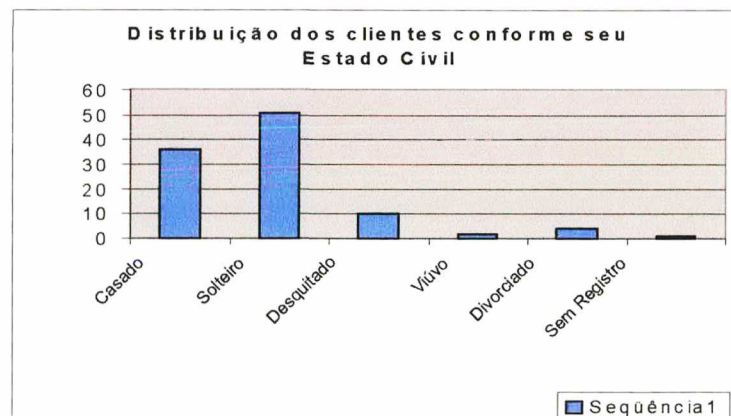
Pela distribuição dos clientes segundo o sexo no gráfico 1, percebemos que 39 (37,5%) dos clientes são do sexo feminino e, 65 (62,5%) do sexo masculino, do total de 104 clientes que correspondem à amostra.

Gráfico 2– Distribuição da freqüência da procedência dos clientes da amostra, atendidos no período de janeiro de 1998 a 10 de maio de 2001.



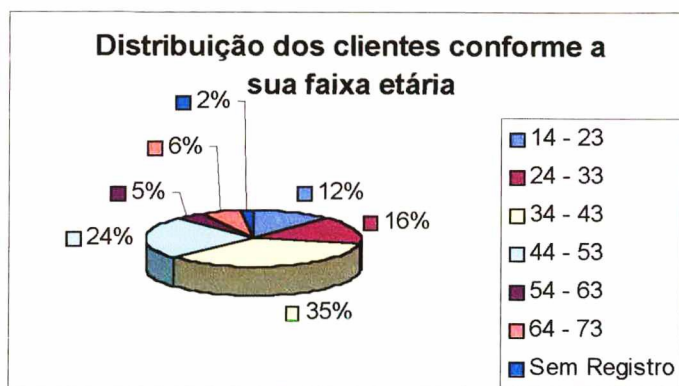
De acordo com o gráfico 2, podemos perceber que 55 (52,88%) dos clientes atendidos pelo CAPS são procedentes dos bairros do município de Florianópolis. 20 (19,23%) do município de São José, 10 (9,61%) de Biguaçu e variando de 2 a 1 (2 a 1%) nos demais municípios.

Gráfico 3– Distribuição da freqüência dos clientes da amostra em relação ao seu estado civil.



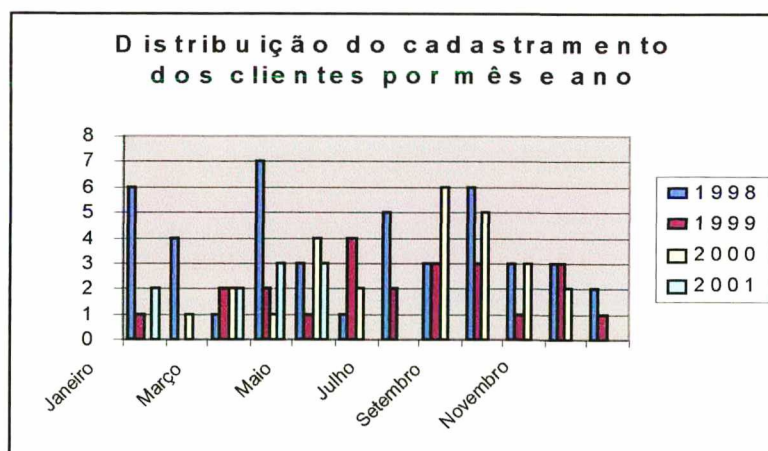
A distribuição dos clientes usuários do CAPS de acordo com seu estado civil, 50 (49,03%) dos clientes são solteiros, em seguida os clientes casados com a representatividade de 35 (34,61%), dos 104 clientes pesquisados da nossa amostragem.

Gráfico 4- Distribuição da frequência dos clientes da amostra, de acordo com a sua faixa etária.



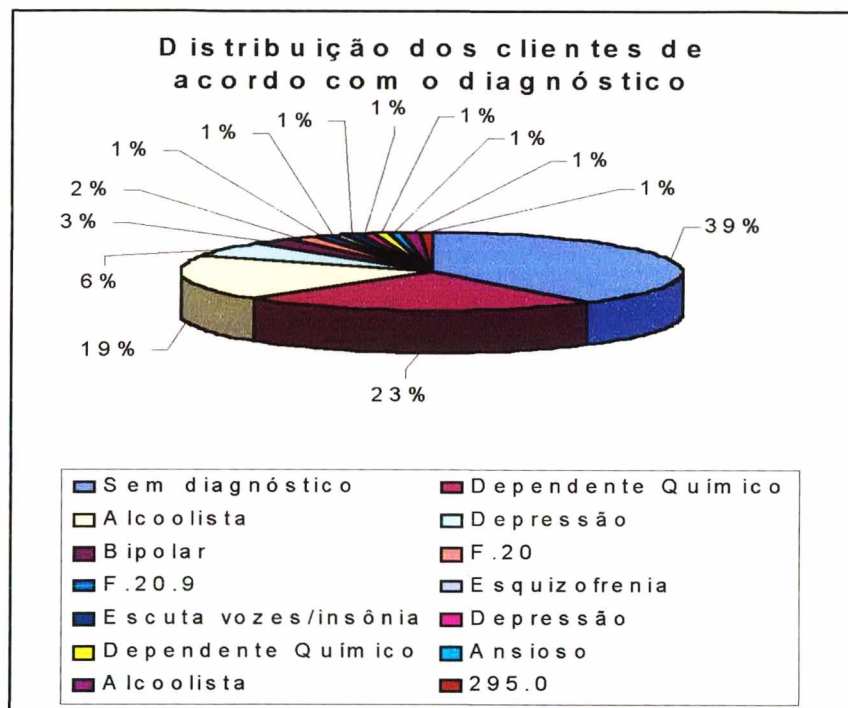
O gráfico 4 aponta que a maior frequência dos clientes atendidos encontra-se na faixa etária dos 34-43 anos com 35,57%, 44-53 anos com 24,03%, 24-33 anos 16,34% e 11,53% sem registro da idade, dos 104 clientes usuários que possuem idade mínima de 14 e máxima de 73 anos.

Gráfico 5- Distribuição de frequência de clientes da amostra, por mês e ano.



De acordo com o gráfico 5, percebemos a diminuição do cadastramento de novos usuários do CAPS, porém com número significativo no ano de 1998.

Gráfico 6 - Distribuição da frequência dos clientes da amostra, em relação ao seu diagnóstico, no período de janeiro de 1998 até 10 de maio de 2001.



O gráfico 6 aponta que a maior frequência dos clientes usuários do CAPS, 39,42% estão sem diagnóstico, 23,07% são dependentes químicos, 19,23% clientes são alcoolistas, do total de 104 clientes que correspondem a amostra da população usuária dos programas do CAPS.

Tabela 1- Número de encaminhamentos dos clientes da amostra, por instituição.

Ocupação	Nº de Clientes	%
IPQ	39	37,50
Sem registro	28	26,92
Hospital de Custódia	3	2,88
Centro de Saúde	3	2,88
Instituto São José	3	2,88
Endocrinologista	2	1,92
Juizado da Infância	2	1,92
Programa de Osteoporose	2	1,92
Policlínica	2	1,92
NAPS	2	1,92
Hospital Sta. Tereza	1	0,96
Amigo	1	0,96
Irmã	1	0,96
CS Costeira	1	0,96
CS Monte Cristo	1	0,96
Usuário do Programa	1	0,96
Patroas	1	0,96
T. O. do CAPS	1	0,96
Programa de HAS	1	0,96
Polícia Civil	1	0,96
Planejamento Familiar	1	0,96
Programa de Epilepsia	1	0,96
Familiar	1	0,96
Programa HAS- HU	1	0,96
Vizinha	1	0,96
Médico da Just. do Trabalho	1	0,96
A.S. Fábrica Hoepeck	1	0,96
Hospital Gov. Celso Ramos	1	0,96
TOTAL	104	100%

Na tabela 1 podemos visualizar o número de encaminhamentos de outras instituições e, até mesmo de outros serviços da Policlínica de Referência Regional, contudo é importante salientar que o número de mais significativo (37,50%) é de encaminhamentos feitos pelo IPQ (Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina) e, logo em seguida, teríamos os encaminhamentos sem registros, o que representa os clientes de demanda espontânea e clientes que possuem prontuários sem registro de encaminhamento de outras instituições.

Tabela 2- Número de clientes da amostra, por ocupação.

Ocupação	Nº de Clientes	%
Sem ocupação	19	18,26
Aposentado	14	13,46
Do lar	12	11,54
Estudante	4	3,85
Carpinteiro	3	2,88
Motorista	3	2,88
Empregada doméstica	3	2,88
Servente	3	2,88
Pedreiro	3	2,88
Professor	3	2,88
Aux. De Serviços Gerais	2	1,92
Vigia	2	1,92
Zelador	2	1,92
Func. Público federal	2	1,92
Pintor	1	0,96
Faxineira	1	0,96
Cobrador	1	0,96
Advogado	1	0,96
Agricultor	1	0,96
Padeiro	1	0,96
Pescador	1	0,96
Vendedor	1	0,96
Repositor de supermercado	1	0,96
Aux. de Enfermagem	1	0,96
Desempregado	1	0,96
Marceneiro	1	0,96

Continua

Tabela 2– Número de clientes da amostra, por ocupação.

Agente Comunitário de Saúde	1	0,96
Terapeuta ocupacional	1	0,96
Músico	1	0,96
Lavador de carro	1	0,96
Instalador de Computador	1	0,96
Construtor	1	0,96
Auxiliar de produção	1	0,96
Contato publicitário	1	0,96
Decorador	1	0,96
Técnico de Eletrotécnica	1	0,96
Bancário	1	0,96
Flanelinha	1	0,96
Funcionário Municipal	1	0,96
Despachante	1	0,96
Cozinheira	1	0,96
Balconista	1	0,96
Costureira	1	0,96
Carregador	1	0,96
Total	104	100%

De acordo com a tabela 2, podemos observar o número de clientes por ocupação e, o número mais significativo é de 18,26%, que representa os clientes sem ocupação, em seguida os aposentados com 13,46% e do lar com a porcentagem de 11,54% do total de 104 clientes.

Objetivo 3

- Prestar assistência de enfermagem, aos clientes usuários do CAPS, delimitando o número entre três a cinco, em sua residência, garantindo o mínimo de três atendimentos por cliente, a partir da 3ª semana de estágio.

1. SELECIONANDO OS CLIENTES

Assistimos a primeira reunião do grupo no dia 03/04 após uma semana de estágio, para conhecermos a dinâmica das reuniões. Nestas reuniões os clientes vêm buscar as receitas das medicações que são utilizadas por eles. Algumas medicações eles compram e outras eles conseguem no Departamento de Saúde Pública (Ministério da Saúde). Precisávamos conhecer a dinâmica do grupo, pois a partir dele selecionaríamos os clientes para o atendimento domiciliar. A princípio nosso objetivo de que os clientes nos escolhessem, devido ao fato de aparecerem esporadicamente no programa, só quando necessitavam de medicação, exames e/ou estavam no início da crise, teve que ser modificado, pelo pouco tempo que tínhamos e até mesmo pela dificuldade de manter vínculo com estas pessoas através do grupo, achamos melhor nossa supervisora juntamente com o psiquiatra, por conhecerem melhor a clientela, nos sugerissem quais os clientes receberiam o atendimento domiciliar. Além das indicações, utilizamos como critério de seleção o grau de dificuldade de deslocamento do cliente ao CAPS e, nossas possibilidades em relação a distância do domicílio. No dia seguinte, portanto 04/04, selecionamos os clientes. Antes do início do grupo a enfermeira conversou com os familiares dos clientes escolhidos, sobre nossa proposta de trabalho. Combinamos com o psiquiatra que estes clientes seriam atendidos primeiro, e depois ele os encaminharia para nós. Foram selecionados quatro clientes e três famílias, pois duas clientes eram da mesma família. A medida que eram atendidos pelo psiquiatra, eram encaminhados para nós que aguardávamos fora da sala do grupo. Conversamos com as três famílias selecionadas, nos apresentamos e descrevemos rapidamente nossos objetivos.

2. AGENDANDO AS VISITAS

Com a aprovação das famílias agendávamos nossa primeira visita/atendimento anotando o nome, nº de prontuário, endereço e número de telefone para possíveis contatos. Tínhamos como proposta que na primeira visita/atendimento estaríamos juntas e nas demais nos responsabilizaríamos cada uma por um cliente específico.

No dia agendado nos dirigimos a residência da família e aplicamos o roteiro para visita domiciliar. A partir daí, achamos melhor e por sugestão de nossa orientadora, o atendimento em dupla para uma família específica, devido ao local onde residiam.

3. APRESENTANDO AS FAMÍLIAS

Família A: constituída por quatro pessoas do sexo feminino, com idade entre 54 e 84 anos, duas delas clientes do CAPS. Chegamos lá por volta das 09:50 h do dia 16/04 e fomos recebidas por L. e D. Elas nos convidaram para entrar e sentamos no sofá no quarto de televisão. Lá estavam nossas clientes, H. e N. Assim que nos viu N. veio em nossa direção, nos cumprimentou e sentou novamente no sofá perto da irmã H. Cumprimentamos H. e também sentamos no sofá. D. pediu licença e disse que iria continuar a fazer o almoço. Começamos a conversar com L. e N. perguntando como elas haviam passado o fim de semana e explicamos que neste dia nossa proposta era aplicar um questionário para obtermos algumas informações necessárias para o nosso estudo. N. B., 70 anos, sexo feminino, católica, solteira, analfabeta, aposentada, natural e procedente de Fpolis. Mora com as três irmãs, L., D., e H. que também é cadastrada no programa. Não tem nenhum conhecimento a respeito do diagnóstico sua doença. Após tomar um “purgante”, pois não conseguia evacuar, começou a chorar muito, uns dois dias depois. A família a levou para uma clínica onde recebeu oito eletrochoques. A partir daí, iniciou o tratamento psiquiátrico. Sua irmã L. disse que um médico há muitos anos, diagnosticou a irmã como histérica. Ela nunca se internou e é cadastrada no CAPS desde 07/05/91. Ela toma a medicação sozinha, Neozine 25 mg 1 vez ao dia, que é identificado pelas irmãs em um vidro. Sua medicação é fornecida pelo Departamento de Saúde, mas quando está em falta, a irmã L. compra. Ela e as irmãs identificam suas crises quando fica agressiva, mas ultimamente não tem apresentado. A irmã L. relata que ela costuma ajudar nos afazeres domésticos e às vezes as

duas vão ao shopping ou ao centro fazer alguma “volta”. Durante nossa conversa N. permaneceu sentada no sofá e em alguns momentos olhava em nossa direção e respondia alguma pergunta quando a irmã L. solicitava e em outros, olhava em direção a televisão que estava ligada. Em um dado momento da entrevista, L. precisou levar H. ao banheiro e N. a ajudou. Preenchemos o instrumento elaborado por nós e agendamos uma nova visita para a próxima semana. Despedi-me de N. dizendo que na próxima semana, gostaria de ouvir sua voz. Ela, N., nos referiu que é calada e que prefere ouvir as pessoas.

Nessa família nos deparamos com dois opostos, H. totalmente dependente das irmãs e N., compensada e até auxiliando nos afazeres domésticos. E agora, qual das duas escolher? Conversamos a respeito e decidimos que primeiro manteríamos o primeiro contato na residência de todos os clientes e depois chegaríamos a uma conclusão de como seriam divididos os clientes.

Família B: é composta por uma pessoa do sexo feminino e três do masculino, com idade entre 17 e 45 anos, sendo que um dos homens é cliente do CAPS. Com uma certa dificuldade chegamos a casa de D., após descermos do ônibus andamos um pouco e pedimos informação em uma casa, que por coincidência era tio de nosso cliente. Chegando lá, B. mãe do nosso cliente, se desculpou e disse que havia acordado a pouco tempo, pois teve uma indisposição durante a noite. Ela nos convidou para entrar e nos levou para o piso superior da casa, onde nos sentamos na sala. Iniciamos a conversa e a aplicação do instrumento da visita domiciliar.

Enquanto conversávamos, D., nosso cliente, andava de um lado para outro da casa, e às vezes sentava um pouco no sofá. B. nos colocou que está percebendo que seu filho do meio, J. anda meio “esquisito” e fazendo coisas que nunca havia feito antes. Ela acredita que ele está ficando doente como o irmão e acha que pode ser pelo contato que eles tem, pois afinal eles dormiam juntos ou então, devido ao uso de drogas (maconha e cocaína). Enquanto conversávamos, seu filho J. apareceu, nós o cumprimentamos, mas não houve resposta. Continuamos a conversa com B. que pediu ao filho J. que fizesse um café. Quando o café estava pronto, B. nos ofereceu. Agradecemos e dissemos que não.

Na saída, seu filho mais novo, T. nos acompanhou, pois o local onde residem é perigoso.

Família C: esta família é constituída por V. que é o nosso cliente, N. que é sua tia de 72 anos responsável pelo seu cuidado e seu marido D.

Por volta das 09:00 h. do dia 18/04 após uma longa caminhada, chegamos a servidão onde mora nosso cliente. Perguntamos a um senhor aonde ficava a casa de N, tia do nosso cliente, e ele disse que não sabia. Quando questionou sua esposa, ela disse que era sua mãe e nos explicou que o marido apenas conhece a sogra pelo apelido. Ela se ofereceu para nos acompanhar até a casa de sua mãe. Chegando lá, encontramos V. sentado em um banco encostado em uma casa de madeira, um antigo rancho para guardar canoa, segundo informou sua tia, fumando um cigarro. Sua prima perguntou se lembrava de nós e ele disse que não. Entramos na casa e N. veio em nossa direção, nos cumprimentou e convidou para sentar. Sentamos no sofá da sala e iniciamos a conversa, explicando o instrumento da visita domiciliar. V. sentou-se em uma cadeira perto da porta e às vezes, quando eu perguntava alguma coisa ele tentava responder. Eu quase não conseguia entender o que ele falava, além de suas respostas não fazerem muito sentido. Então, sua tia foi quem respondeu as perguntas. V. O. A., 59 anos, sexo masculino, católico, separado, 01 filha, aposentado, natural e procedente de Fpolis. Mora com a tia N. e o tio D.. Ela disse não saber qual o diagnóstico do sobrinho e que quando ele tinha 19 anos foi internado pela primeira vez, ela desconhece o motivo. Já foi internado cerca de 50 vezes no IPQ. Ele foi admitido no CAPS em 10/11/1992. Ela ou a filha é quem administram as medicações para V., pois ele não tem condições de tomá-las sozinho. Atualmente ele toma Akineton 1 vez ao dia, Neozine 20 gotas e Haldol 2 comp. a noite. A medicação é retirada no Departamento de Saúde quando tem, caso contrário é comprada. A família identifica suas crises quando ele fica agitado e agressivo. Quando isso acontece eles dão remédio para ele e, às vezes, chamam a polícia para levá-lo para a “colônia”. Sua tia refere que ele não tem atividade alguma durante o dia, e que só fuma e fica sentado no banquinho lá fora. Ele fumou uns quatro cigarros no tempo em que ficamos conversando. Sua prima referiu que ele gosta de conversar e já pensou em levá-lo ao grupo de idosos que se reúne todas as sextas-feiras no centro comunitário, para

dançar. Pedi para ela que se informasse a respeito do grupo e qualquer coisa eu o acompanharia na próxima semana. Agendamos um novo atendimento na semana seguinte e pedi o comparecimento da prima.

Embora já tivéssemos nossos clientes para realização do nosso projeto, nos foi solicitado pelo psiquiatra, que fizéssemos atendimentos no domicílio de outra cliente, que recebeu a identificação de família “D”

Família D: constituída por duas pessoas do sexo feminino, um do sexo masculino, ou seja, um casal, uma mulher (cliente) e uma criança que se trata do filho da cliente atendida. Com idade entre 11 a 84 anos. Que recebeu cinco atendimentos, moradores do bairro Centro. Tinha por objetivo a reintegração no CAPS e realizar atividades deixando de realizar os exames laboratoriais e preventivo de colo uterino (este não realiza há onze anos).

Como realizamos as visitas de segunda a quarta feira, tínhamos quinta e sexta para decidirmos como seria a divisão dos clientes. Após conversarmos muito, decidimos que a melhor maneira para a divisão dos clientes seria por sorteio. Eu fiquei com N. da família A e V. da família C, conseqüentemente Sara ficou com H. da família A e D. da família B.

4. PRESTANDO ATENDIMENTO DOMICILIAR

4.1 CLIENTE N. DA FAMÍLIA A

Chegamos por volta das 09:30h da manhã do dia 23/04 e encontramos a cliente na cozinha lavando um lençol no tanque. Assim que me viu sorriu e veio ao meu encontro, começamos a conversar. Ela foi para a sala de TV onde estavam a Sara, L. e H. Convidei-a para sentar na sala de jantar e ela me acompanhou. Verifiquei sinais vitais: PA: 120x80 mmHg, T:35°C P: 108 b.p.m. e R: 16 m.r.m.

Ao exame físico observei:

Mucosa ocular e oral normocoradas, íntegra e úmida. Pele branca com turgor diminuído, pele normocorada. Couro cabeludo íntegro, sem sujidade; olhos castanhos, simétricos e com mobilidade; nariz íntegro sem secreções; boca e lábios simétricos, normocorados, úmidos. Uso de prótese dentária em arcada superior e inferior. Abdome globoso e distendido. Membros superiores simétricos, com unhas cumpridas e limpas. Membros inferiores simétricos, com unhas aparadas e limpas. Sinais vitais: PA: 120x80 mmHg, T:35°C, P: 108 b.p.m. e R: 16 m.r.m.

Ao exame psicológico observei:

A cliente conversava comigo, mas estava atenta a conversa da Sara com a L.. Quando perguntei sua idade ela devolveu a pergunta a L., que estava na outra sala, mas soube me dizer o dia, mês e ano do seu aniversário. Ela disse saber voltar sozinha para casa, mas a irmã disse que não. Demonstra certa orientação em relação a si e ao mundo. Mostrou o quarto onde dorme com as irmãs (H. e D.). Diz não gostar muito de música, pois acha muito barulho. Diz gostar do cheiro de comida boa (arroz, feijão, carne,...). Relata enxergar bem. Em relação a memória diz que não recorda a sua infância e da adolescência lembra quando ia na “sessão das moças” às 3ª feiras no Cine Ritz. Relata que comeu churrasco no domingo na casa da sobrinha Z.. Não mudou a expressão do rosto quando perguntei sobre sua infância e adolescência. Tudo o que ela fala faz sentido e é possível compreendê-la. Relata ajudar nos afazeres domésticos, arruma seu quarto, lava a louça, enxuga a louça, varre a casa e gosta de ir ao supermercado, ao shopping e na cidade com a irmã L..

Enquanto conversávamos, às vezes ela ria e parecia inquieta, quando questionada se estava acontecendo algo ela dizia que não era nada. Em alguns momentos, olhava em direção a sala onde estavam a Sara e as irmãs H. e L., parecendo estar prestando atenção a conversa delas. Não tive dificuldades em realizar os exames físico e psicológico.

A meta para este dia estava cumprida, então agendamos um novo atendimento para a próxima semana. Perguntei a N. se existia alguma atividade de lazer que ela gostaria de fazer. Ela prontamente me disse que gostava de assistir televisão e ajudar a arrumar a casa e

sair com a irmã L. Pedi a ela que pensasse na possibilidade de realizarmos outra atividade e me respondesse na semana seguinte.

Chegamos na casa das clientes por volta das 10:00 h do dia 30/04 devido ao temporal acontecido naquela madrugada; a cidade estava alagada. Quando chegamos, elas nos referiram que achavam que não íamos devido ao temporal e pelo fato de ser ponto facultativo na universidade. Nos convidaram para entrar e olhar como estava H., disseram que não havia mais condições de fazer algum trabalho com ela, devido sua agitação elas não conseguiram dormir a noite toda. Pareciam muito cansadas e demonstravam até um certo abatimento. Perguntei a N. como havia passado a semana e ela me respondeu que bem e repetiu o que a irmã disse, que não havia condições de continuar o trabalho com H.. Ficamos apenas alguns minutos e logo nos retiramos, pois avaliamos que elas estavam muito cansadas e sem condições de nos receber. Combinamos que voltaríamos na próxima semana. Foi uma situação delicada, sentimos que elas achavam que um dos motivos da agitação de H. éramos nós. Outra coisa que nos chamou atenção é que N. sempre repete o que a irmã L. fala.

Em uma conversa com a orientadora, julgamos que N. não precisava dos atendimentos domiciliares, pois estava inserida no contexto familiar e aparentemente adaptada. Ela é independente para o auto-cuidado, realiza as tarefas domésticas, vai com a irmã ao shopping, ao banco, auxilia no cuidado da irmã H. e não apresenta crises há muito tempo. Com os dados colhidos nas visitas, avaliamos que ela está compensada e que a dinâmica familiar está estabelecida e funcionando bem e não há motivo para modificá-la. Decidimos que o próximo atendimento seria o último. Ela demonstra estar bem e não ter dificuldades em relação a sua doença.

As 09:30 h. do dia 07/05 chegamos para o nosso atendimento às clientes. N. estava sentada na sala de TV assistindo um programa com a irmã H. Neste dia, sua sobrinha Z. estava na casa aguardando por mim e Sara. Assim que chegamos, nos apresentamos para Z. Sara, foi conversar com H. e eu fiquei na sala de visitas conversando com N. e Z. Conversamos sobre como havia sido o final de semana delas e sobre os problemas de saúde de H. e o que poderíamos fazer para ajudá-las. N. ouvia atentamente o que conversávamos e não dava alguma opinião, a menos que fosse questionada. Neste dia,

minha intenção era sair para passear com N., pois era o meu último contato com ela. Quando questionei quanto a sairmos para dar uma volta, ela já foi me dizendo que naquele dia, ela e a irmã L. sairiam para receber dinheiro no banco no período da tarde. Ela disse que era sempre assim, que as duas sempre saíam juntas. Não insisti para sairmos, pois achei que com aquela resposta ela estava me dizendo indiretamente que não estava a fim de sair comigo. Então, continuei a conversa com Z. sobre a dinâmica familiar de H., L., N. e D.. Z. relatou que fica muito preocupada com elas e, por isso, ela e o marido dão toda a assistência para a mãe e as tias. Conversei com N. dizendo que hoje seria meu último dia de atendimento, pois observei que ela era independente e que não havia maiores problemas na dinâmica familiar, elas estavam muito bem integradas. O meu objetivo era auxiliá-las no que fosse possível em relação a doença, aos medicamentos, ao auto cuidado, ou alguma dúvida que surgisse em relação a qualquer outro assunto. Como ela não manifestou qualquer dúvida e observei que ela era independente para o auto-cuidado, tomava a medicação sozinha e até auxiliava nas tarefas domésticas, não havia nada que eu pudesse fazer para melhorar sua qualidade de vida, pois a dinâmica familiar já estava estabelecida e funcionando bem. Ela concordou comigo e também achava o mesmo, e que tinha outras pessoas precisando da minha ajuda. Expliquei a ela que a Sara continuaria com os atendimentos a sua irmã e que se ela precisasse de algo poderia falar com a Sara que ela estava ali para auxiliá-las, ou se preferisse poderia entrar em contato comigo que eu voltaria. Nos despedimos e ela, as irmãs L. e D. e a sobrinha Z. me desejaram boa sorte no meu trabalho. Agradei e disse que qualquer coisa que elas precisassem, eu estaria a disposição.

4.1.1 Resumo do processo da cliente N. da família A

Observação:

Observamos que a cliente não apresenta problemas. Auxilia as irmãs nas tarefas domésticas e no cuidado a H. Não manifesta crises a muito tempo, é independente para o auto cuidado, está inserida e adaptada aparentemente, a dinâmica familiar.

Tomada de Decisão:

Após análise dos dados colhidos nas visitas/atendimentos avaliamos que a cliente está compensada e a dinâmica familiar estabelecida e não há motivo para modificá-la.

Evolução/Avaliação:

Independente para o auto-cuidado.

4.2 CLIENTE H. DA FAMÍLIA A

Agora são 09:50h do dia 16/04, entrei no apartamento com a Cristiane, fomos recebidas pela L. e D. Ao entrar no quarto da televisão avistei a cliente deitada no sofá, em decúbito lateral direito. Segundo sua irmã já havia tomado banho, estava vestindo uma camisola, desviou o olhar em minha direção, em seguida desviando para outro ponto qualquer, não mantém o olhar fixo em nenhuma direção. Foi alimentada por sua irmã D. Faz uso de fralda, pois não apresenta controle de micção, sendo assim sua irmã L. a leva ao banheiro em média de 3 em 3 horas. Apresenta boa higiene corporal, não se comunica verbalmente. Segundo sua irmã L., teve C.A. de colo uterino, realizando histerectomia na Maternidade Carmela Dutra há + ou - 10 anos, tem Diabetes Mellitus compensada, realiza exames periódicos de glicemia, toma chá de carambola para baixar taxas glicêmicas, não pede mais para comer. Está com consulta agendada para o CEPON no dia 26/04. Durante a interação a cliente foi levada ao banheiro para urinar, pois está sendo condicionada, já que a mesma não pede para ir ao banheiro, e não deambula sem auxílio.

Em 23/04, cheguei as 09:30h no apartamento da cliente, e fomos recebidas pela L. e N., a cliente estava no quarto da televisão sentada no sofá, vestindo uma camisola. Ao cumprimentar L., ela logo relatou que H. havia acordado às 04:00 horas e não queria dormir. Após ser medicada com Neozine, e depois dormiu até às 09:00h. P.A: 120/80mm

Hg (verificada com o auxílio da D^a L.), temperatura axilar: 36.6°C (verificada mantendo a cliente contida com um abraço), as frequências cardíaca e respiratória não foi possível verificar, devido a agitação da cliente. Apresenta um movimento de fricção com os dedos indicador e polegar da mão.

Mucosas ocular e oral normocoradas, íntegras e úmidas. Pele branca com turgor diminuído, pele apergaminhada e apresenta lesão secundária (crosta) no dorso da mão direita e na região esternal. Couro cabeludo íntegro sem sujidade; fâcies dolorosa; Olhos verdes, simétricos e com mobilidade; Nariz íntegro sem secreções; boca e lábios simétricos, normocorados, não apresenta dentição e não faz uso de prótese dentária; tórax cifoescoliótico; Exame das mamas não foi realizado, bem como a palpação e inspeção do abdome, mas a cliente apresenta abdome globoso; Cliente apresenta roncos durante a expiração e inspiração durante ausculta que são audíveis sem o estetoscópio, faz apnéia durante o exame; Deambula com joelhos semi-fletido, com tronco encurvado e elevado os pés + ou - 1 cm do chão; MMSS simétricos, com mobilidade média e os mantém fletidos; MMII simétricos, com mobilidade diminuída, discreto edema em região maleolar.

Cliente, não pode ser avaliada psicologicamente, porque não respondeu quando questionada. Fala espontaneamente, “Não quero ser internada”, “Quero fazer cocô” e “Vai embora”, dirigindo-se a mim. Ao pedir para evacuar, foi ajudada na deambulação até o banheiro eliminando pequena quantidade. Recebeu laxante de sua irmã no café da manhã (Almeida Prado 46), por apresentar constipação. Encerrei a visita, marcando a próxima para o dia 30/04 e adiantando que viria acompanhada da professora.

No dia 30/04 h. não permitiu ser tocada, estava impaciente e inquieta. Segundo L., passou a noite anterior acordada, foi adormecer as 06:00 horas do dia 30/04. Suas irmãs estavam com uma aparência abatida. Pediram para que eu trocasse de paciente, pois H. não tem condições, além de ficar agitada. Esclareci que não importava o grau de dificuldade, e nem tão pouco o fato da paciente não estabelecer comunicação verbal, estava ali para aprender e tentar ajudar. L. irá ao CAPS na quarta-feira dia 02/05, para conversar com o psiquiatra, para mudar a medicação.

No dia 02/05 L. conversou com o psiquiatra que mudou a medicação, e ficou de agendar um atendimento domiciliar. Suspendeu o Haloperidol (Haldol), e receitou novamente a Clopromazina (Amplictil). Segundo informações de L., ela teve queda ao solo, quando tentava sair da cama.

No dia 07/05 h, estava menos agitada, têm dormido a noite inteira e estava mais receptiva ao toque. Conversamos bastante com Z., filha da L. Segundo Z., ela se preocupa não somente com a saúde mental de H., mas também das outras três (D., N. e L.), costuma levá-las para passear, pede para que fiquem em sua casa, quando têm alguma atividade que tenha que sair de casa, sempre com o cuidado de fazer revezamento entre as irmãs, mantendo-as assim ocupadas. Ao nos despedirmos, Z. pediu que H., dissesse obrigada, e ela disse “obrigada”, diga tchau, “tchau”, em seguida Z. completou, “ela é assim quando está bem ela responde, do contrário, não fala nem conosco, nos manda embora”. L. disse que a H. estava com reação alérgica a medicação que depois que foi medicada com Fenegram, não apresentou mais os roncos respiratórios. Me deixou tocar suas mãos, mas por poucos minutos, logo puxava, demonstrando desconforto ao toque.

No dia 14/05 h. estava sentada no sofá do quarto de televisão, vestindo camisola e roupão. Neste dia ganhou sapatos de lã com sola de borracha de sua sobrinha Z. conversei com H., a parabeneizei por seu aniversário, que tinha sido no dia anterior. Agradei despedindo-me de todas.

4.2.1 Resumo do processo da cliente H. da família A

Observação:

Uso de fraldas;

Deambula com auxílio;

Não se comunica verbalmente;

Dependente para o auto-cuidado;

Não realiza nenhum tipo de atividade;

Não aceita aproximação de pessoas estranhas.

Tomada de decisão:

Auxílio a cliente na deambulação;

Cumprimentava a cliente com aperto de mão na chegada e na saída;

Estimulava a cliente estabelecer uma comunicação verbal.

Evolução/Avaliação:

A cliente não apresentou mudanças, porém encontra-se assistida e acompanhada por seus familiares.

4.3 CLIENTE D. DA FAMÍLIA B

Agora são 09:05h do dia 17/04, eu e a Cris chegamos ao Morro do Mocotó, descemos no ponto final do ônibus Morro da Queimada, perguntamos para um morador onde ficava a casa da B. Prontamente fomos orientadas quanto a direção da casa, caminhamos um pedaço, porém não estávamos certas da direção, então perguntamos novamente, e o morador abordado era o irmão da B. Junto com ele estava um sobrinho da mesma que pôr sua vez é cliente do CAPS. Nos questionou quanto a marcação de consulta com o psiquiatra do CAPS, e respondemos que não há necessidade de marcação, mas teria que ir ao CAPS na terça, quarta ou quinta –feira, para o grupo aberto que têm início às 10:00

horas. O cliente relatou que estivera internado e que só estava há uma semana em casa. B., que mora em uma casa mista de dois pisos, acordou, seguida de seu filho D, com a nossa chegada. D. trajava uma camiseta e uma bermuda e usava chinelos. Entramos na casa. Enquanto obtínhamos as informações com a mãe do cliente, ele caminhava pela casa sem parar. Nos foi oferecido café, porém recusamos. B. relatou que o D. não pede para ir ao banheiro, faz suas eliminações na roupa e na cama, informou também que o mesmo é totalmente dependente para cuidados de higiene e conforto e não se alimenta sozinho. Na família do pai que faleceu quando D. era criança, existem 5 a 6 casos de transtorno. O cliente freqüentava a escola Celso Ramos, sendo sua mãe chamada pela diretora e orientada quanto ao fato de D. necessitar uma escola de educação especial. B. tirou D. da APAE e depois não conseguiu matriculá-lo novamente nem tão pouco na Fundação de Educação Especial. Parou de estudar na 5ª série, sempre apresentou uma hiperatividade e até, então, chegava a auxiliar os irmãos em tarefas de cálculos, dominava geografia e gostava de desenhar. Foi agendada a próxima visita/atendimento para o dia 24/04/2001.

Chegamos as 09:00 horas do dia 24/04. D. estava com pijama e sua mãe em seguida trocou sua roupa, apresentava barba por fazer de dois dias. D. tomou café dentro do banheiro e segundo sua mãe é o cômodo da casa que ele passa seu maior tempo. Relata que para ela limpar o banheiro ele tem que estar dormindo. Parou de urinar e evacuar na roupa e segundo sua mãe isto está associado ao uso do Haloperidol. Após ele tomar café pedi para falar um pouco com ele. Sua mãe relata que D. não conversa a 7 anos com ela e seus irmãos. P.A.: 120/80mm Hg; Temperatura: 36,6°C; Mucosas úmidas e coradas. Não possui os incisivos centrais e laterais superior e os caninos superiores. Perguntei o nome dele, ele não respondeu e esboçou um sorriso. Perguntei quantos anos ele tem, ele disse 17 anos. Pedi para que ele me mostrasse seu quarto, mas ele não teve reação. A B. nos ofereceu café e acabamos aceitando. O irmão de D. que estava apresentando transtorno mental começou a trabalhar no estacionamento da Beira Mar, o que permitirá que ele ajude nas despesas da casa. B. associou ao início do tratamento com Haloperidol, receitado pelo médico psiquiatra do NAPS. D. começou a dançar e cantar ao ouvir a música que estava tocando no rádio. Quando descemos para tomar café, marcamos a próxima visita e nos despedimos. D. esboçou um sorriso.

No dia 03/05/2001, D. já estava acordado quando chegamos. Estávamos todos na cozinha, quando J., irmão de D., que segundo a mãe está também apresentando transtorno mental. Aproximou-se da Cris e tenta beijá-la ao cumprimentá-lo. B. desabafou, dizendo estar cansada, que está contente que o D. está indo ao banheiro para fazer suas eliminações, mas continua dependente para os cuidados de higiene e conforto. Contudo não sabe o que fazer com o outro filho que está sendo medicado com Haloperidol, mas ingere bebida alcoólica quando sai de casa para se divertir. Tentei desenhar com o D., porém ele não permaneceu sentado por muito tempo, desenhou pouco. Em seguida estimei-o a escovar os dentes sozinho, escovou pouco os dentes, e eu continuei a escovação dizendo que ele deve escovar os dentes e a língua também. D. ficou parado diante do pilar que têm próximo ao fogão, fixava o olhar por alguns minutos em direção ao pilar, se curvava para frente, cruzava as mãos, falava baixinho números, 47,27 e logo depois gargalhava. Disse um nome “Francisco” que, segundo sua mãe, é o nome do pai dele. Após observar D., comecei a falar com seu irmão J. Enquanto isso sua mãe fala com a Cris sobre suas dificuldades, nos relatou que seu filho J. tem dado preocupação e não sabe mais o que fazer, não sabe como ajudar se o filho não adere ao tratamento medicamentoso. J. apresenta olhos e lábios levemente edemaciados, não abre totalmente os olhos, fala baixo: “que não têm nada a ver com o médico, que não precisa tomar remédio, que as pessoas estão pressionando ele, que ele só precisa de amigos, mas que ele é muito tímido, que este é o seu único problema, que trabalha uma semana no estacionamento e outra semana é outro rapaz...” Eu disse a ele que ele não pode ingerir álcool com a medicação, que ele deve colaborar, para que desta forma evite uma futura internação. Perguntei se ele lembra de quando D. foi internado, o que ele achava disso e se ele estava querendo que isso acontecesse com ele. Falei que ele pode se divertir sem bebidas alcoólicas, que o tratamento não irá privá-lo de sair, que ele pode ter amigos e se divertir da mesma forma. A Cris e eu fizemos um trato de que ele não beberá até aproxima visita que será dia 08/05/2001.

Em 08/05 D. estava dormindo quando chegamos, e permaneceu dormindo, levantou poucos minutos antes de irmos embora. Estava todo urinado, o que, segundo sua mãe quando está frio é comum. B. prontamente o atendeu, dando-lhe banho e vestindo roupas limpas e secas. B. ao conversar conosco parecia estar tranqüila. Perguntei-lhe como estava o D., ao que ela respondeu: ”O hadol está abrindo a mente do D., depois que ele começou a

tomar ele até trás objetos quando solicitamos, por exemplo, pedi para que ele pegasse o cinzeiro, e ele foi buscar e trouxe para mim”. B. transmite a felicidade com os pequenos progressos do D. e preocupação com o J. Falou que D. ficou agressivo devido a permanência das crianças, filhas de sua sobrinha, pois as mesmas ficavam andando atrás dele, o que fez sua mãe trancar-lhe no quarto por receio da sua reação diante das crianças. Relata ainda que quando abriu a porta do quarto, ele já estava calmo e esboçando um sorriso.

No dia 15/05, D. estava acordado tomando café, logo depois foi escovar os dentes. Da mesma maneira que fiz no outro atendimento, deixei que ele escovasse os dentes. Em seguida escovou novamente, destacando a importância da escovação da língua. B. relatou o problema que vem tendo com o outro filho que está fazendo uso de droga, mas que D. têm sido um doce. Comuniquei que consegui agendar triagem para o D. na F.C.E.E. (Fundação Catarinense de Educação Especial), para o dia 04/06 às 13:30 h, B. ficou muito contente e começou a fazer planos para voltar a trabalhar, e que será ótimo para o sustento da família.

Em 22/05 cheguei na casa de D. às 10:00h, ele recém tinha acordado, estava todo urinado, sua mãe trocou sua roupa sem dar banho porque seu irmão estava tomando banho, e depois D. foi tomar café com pão.

Como hoje era para finalizar o atendimento, combinamos de nos encontrar no dia 04/06 para irmos juntos na F.C.E.E.. B. relatou que medicou D. com 6 comprimidos de Amplictil no dia 18/05, porque ele estava agressivo e estava gritando chamando por pessoas que já faleceram. Nem depois de medicado parou de gritar, o filho caçula brigou e vai ter que se submeter a uma cirurgia no MSE; Seu filho J. saiu e usou cocaína, associado a estes fatos mãe relatou estar com dor de dente. Tudo isso em plena sexta-feira, dia 18.

4.3.1 Resumo do processo da cliente D. da família B

Observação:

Não estabelece comunicação verbal;

Dependente para o auto-cuidado;

Não executa nenhum tipo de atividade;

Dependente para a alimentação.

Tomada de decisão:

Estimular o cliente a estabelecer comunicação verbal, ou não verbal;

Acompanhar/estimular o cliente, para escovação dos dentes;

Agendamento do cliente na Fundação Catarinense de Educação Especial.

Evolução/Avaliação:

O cliente apresentou algumas mudanças, passou a alimentar-se sozinho, estabeleceu comunicação não-verbal e, verbal em um dos atendimentos.

4.4 CLIENTE V. DA FAMÍLIA C

Cheguei por volta das 09:00h da manhã do dia 25/04 e encontrei o cliente sentado em frente ao rancho de madeira. Assim que me viu veio ao meu encontro e ficou olhando em minha direção. Estendi a mão para ele e cumprimentei-o. Sua tia me convidou para entrar num quarto da casa onde o cliente agora está dormindo. Neste local existe uma cama, uma máquina de lavar roupa, uma mesa com duas cadeiras onde nos sentamos, além do banheiro usado pela família. Expliquei ao cliente o que eu estava fazendo ali e começamos a conversar. Expliquei a N., tia do cliente, que hoje quem responderia as perguntas, se possível, seria o V. Ficamos conversando alguns momentos na presença de sua tia.

Ao exame físico constatei:

Mucosa ocular e oral normocoradas, íntegras e úmidas. Pele branca com turgor diminuído, pele normocorada. Couro cabeludo íntegro sem sujidade; olhos castanhos, simétricos e com mobilidade; nariz íntegro sem secreções; boca e lábios simétricos, normocorados. Ausência de dentes na arcada superior e inferior. Tórax simétrico, abdome plano. Na região dorso glútea presença de pequenas lesões em processo de cicatrização. Membros superiores simétricos com unhas limpas e aparadas. Membros inferiores simétricos com unhas compridas apresentando sujidades. Sinais vitais: PA: 130x90 mmHg, T:36°C, P: 105 b.p.m. e R: 18 m.r.m.

Ao exame psicológico observei:

Quando comecei a conversar com o cliente ele sempre olhava em minha direção e parecia estar atento ao que eu falava, tudo o que eu perguntava ele respondia na medida do possível. Quando questionei quanto a sua idade ele olhou em direção a sua tia e perguntou para ela e depois me disse que não sabia. Não soube também dizer a data do seu aniversário, ou o dia, mês e ano que estamos, demonstrando desorientação. Quando questionado se tem dificuldade para enxergar disse que não. Perguntei a ele qual o tipo de comida que gosta, e ele disse de todas. Em relação a música referiu gostar de todos os tipos. Quanto a memória, me disse o nome dos irmãos e de que eles morreram. Me falou do tempo que trabalhou como operário da ponte Colombo Sales. Também disse que foi casado e que tem uma filha. Ele me perguntou várias vezes se eu era casada e dizia que um homem precisa de uma mulher para cuidar dele. Falei meu nome várias vezes, mas ele não conseguia repetir depois de alguns minutos. Referiu não fazer nada o dia todo, pois tem uma fraqueza e não pode trabalhar. Disse também que uma voz diz para ele ir para rua buscar dinheiro. Sua tia relatou que V., às vezes foge e vai para a estrada, por isso, ela o deixa trancado em casa. Em alguns momentos é difícil entender o que V fala, pois além da fala ser muito rápida, usa alguns termos desconhecidos para mim. Após nossa conversa N. nos convidou para tomar café, então eu, V., ela e seu esposo sentamos a mesa e continuamos conversando. Após o café pedi que ele me levasse ao rancho em que dormia antes, mas primeiro fomos ao banheiro lavar nossas mãos. Como sua tia disse que ele não sabia lavar as mãos sozinho, demonstrei a ele como se fazia e ele repetiu. Disse a ele que

sempre antes e depois das refeições, devemos lavar as mãos. No rancho tem uma cama, uma mesa que continha alguns restos de comida (pão picado e café) e um fogão a lenha. Havia muitas “xepas” de cigarro pelo chão além de uma cueca. Sua prima não estava presente neste atendimento, pois precisou levar o filho ao centro de saúde. Questionei a N. sobre o grupo de idosos da sexta-feira e ela não soube me dizer nada, mas relatou que sua filha se informou a respeito do grupo.

Agendei um novo atendimento para a próxima semana e me despedi da família.

No dia 02/05, cheguei a casa de N. com o objetivo de trabalhar com ele a voz que ouvia dizendo para ir buscar dinheiro e o fato dele fugir para a estrada, como relatou sua tia no atendimento passado. Cheguei por volta das 09:30 h, porém antes de ir a casa do cliente, passei na sua prima A. para verificar o local do grupo de dança da comunidade. Ela me convidou para entrar, pois estava tomando café. Ela me disse que não seria possível ele participar do grupo, pois lá era um grupo de mulheres que faziam trabalhos manuais e não se mostraram muito receptivas quanto a presença de um homem, principalmente quando ela explicou que ele tinha “alguns problemas”. Começamos a conversar a respeito do cliente e seu transtorno mental. Expliquei os sintomas da esquizofrenia, ela me olhou e disse que às vezes via coisas e tinha vontade de ir embora e deixar tudo. Que ao mesmo tempo em que era bom estar junto dos filhos e do marido, no outro instante era ruim. Então começamos a conversar sobre o assunto e ela referiu que não se dava muito bem com a filha e as duas viviam brigando; contou as várias brigas delas. E também me disse que seu marido diz que quando está sozinho em casa com os filhos não há brigas. Ela também relatou que acha não ser filha de sua mãe, pois é diferente dos outros irmãos e estes não ligam para ela. Ficamos conversando até as 11:00h. Sugeri que ela convidasse a filha para fazer um lanche em algum barzinho e conversassem a respeito do assunto, que ela colocasse para filha seu sentimento em relação as suas brigas. Depois disso ela me acompanhou até a casa da sua mãe, onde o cliente mora. Cheguei lá e perguntei como ele estava, N. disse que V. estava muito agitado, pois seus cigarros haviam acabado. Verifiquei a pressão de V., de N., de A e de D.. Fiz um trato com V. para a próxima semana, de irmos alimentar os animais (porco, galinha, peru, etc.) que N. cria e também que faríamos alguma coisa no jardim da casa, plantar algo ou mesmo capinar. Sua tia sugeriu que plantássemos morangos. A princípio

ele resistiu um pouco, mas depois concordou. Deixei o número dos telefones onde A. poderia me encontrar e disse que qualquer coisa ela poderia me ligar.

Despedi-me da família e agendei visita para a próxima semana.

No dia 16/05 cheguei por volta das 09:30h na servidão em que mora a família do cliente. Passei primeiramente na casa de sua prima para ver como ela havia passado a semana. Ela me relatou que as coisas estavam melhorando e estava se sentindo melhor e mais aliviada, depois de nossa conversa. Perguntei se gostaria de conversar sobre como havia passado a semana e ela disse que não. Falei para que ela ficasse a vontade e se quisesse conversar comigo era só me procurar. Ela me acompanhou até a casa do seu primo e como sempre ele me esperava sentado num banco que fica encostado ao rancho onde morava. Fui ao encontro dele, estendi minha mão e lhe cumprimentei com um “bom dia”. Convidei-o para entrar na casa de sua tia e perguntei como ele havia passado a semana. Perguntei se ele lembrava do trato que havíamos feito, que seria alimentar os animais e plantar morangos. Ele disse que não, e que não podia trabalhar devido sua doença. Sua tia também me disse que não teve tempo de ir buscar as sementes para que pudéssemos plantar. Senti uma certa resistência e fiquei desapontada. Como também o solo estava molhado, devido as chuvas, achei melhor não insistir. Fiquei imaginando o que poderia fazer com V. naquele dia. Quando cheguei percebi que V. estava com o rosto sujo, a barba para fazer e os cabelos despenteados. Então, pensei que poderíamos fazer sua barba. Convidei-o para fazer a barba e a princípio ele resistiu um pouco, mas foi. Eu e A o levamos para o banheiro e pedimos a N. que nos fornecesse o material para fazermos a barba de V. Primeiramente pedi que ele lavasse o rosto, com sabonete e água, mostrei a ele como se fazia. Depois, pedi que ele fizesse bastante espuma no rosto com o sabonete para facilitar a retirada dos pelos com a gilete. Pedimos que ele passasse a gilete no rosto, mas ele dizia que era muito difícil e que não conseguia. Dissemos a ele, que não sabíamos fazer barba e ele precisava nos ensinar. Somente assim ele fez um pouco da barba. Em nenhum momento ele se mostrou inquieto ou agitado e até ria quando eu dizia que ele estava ficando bonito e que somente assim conseguiria arrumar uma namorada. Após fazermos a barba, penteamos o cabelo dele, continuei pedindo que ele ajudasse, mas ele insistia em dizer que não conseguia. Após a barba feita e o cabelo penteado falei para ele se olhar no

espelho e observar como estava bonito. Ele começou a rir. Falei pra ele que gostaria de vê-lo barbeado e bonito daquele jeito, e que na próxima semana minha professora viria comigo e gostaria de vê-lo de barba feita e cabelo penteado. Após isso, sentamos na mesa e tomamos café juntos. Conversamos a respeito das fugas e do perigo de ser atropelado. Ele me respondeu que sabia que devia tomar cuidado, pois o carro podia pegá-lo e quebrá-lo todo. Perguntei se sabia atravessar a rua, ele me disse que sim. Pedi então, que me dissesse como era. V. me disse que primeiro deveria olhar para um lado, depois para outro e se não viesse carro ele podia atravessar. Pedi a ele que não fosse mais sozinho para a rua, mas se fosse deveria tomar muito cuidado para atravessar a rua. Ele riu e disse que sim. Não me senti a vontade, nem segura para sair com ele e ver se sabia mesmo atravessar a rua.

Combinamos de tratar os animais na próxima semana e plantar os morangos. Disse a ele que teríamos mais dois encontros e depois disso eu não voltaria mais. Ele me acompanhou até o portão, nos despedimos e ele voltou para o banco próximo ao rancho e sentou-se lá. Neste dia sai muito satisfeita e feliz, pelo fato de V. ter nos ajudado a fazer sua barba, mesmo que só um pouco e ter me acompanhado até o portão.

No dia 23/05 eu e a Tânia chegamos na casa do cliente por volta das 09:30 h. Para minha surpresa, a Tânia já o conhecia, de uma internação no IPQ. Ele lembrou dela e até demonstrou uma certa emoção com lágrimas nos olhos quando ela o convidou para dançar, ele disse que não sabia. Ele disse que se lembrava dela, quando esteve internado na “Colônia”, que quando ele “baixava as calças” ela “levantava”. A Tânia caminhou e conversou um pouco com ele, enquanto eu conversava com N. que me informou que os remédios dele haviam acabado. Tânia, após dar uma volta na propriedade convidou V. para plantar alho. A princípio, novamente, ele resistiu um pouco, mas, depois aceitou. Coloquei para Tânia que N. havia me dito que as medicações de V. acabaram e ele não teria medicação para aquele dia. Como as quartas-feiras o psiquiatra atende no CAPS, achamos melhor que eu deveria ir até lá pegar a receita da medicação e mais tarde alguém da família fosse buscar a receita e a medicação. Sendo assim, nos despedimos de N. e V. que demonstrou insatisfação quando fomos nos despedir dele, se negando a dizer tchau ou apertar nossa mão. Ele começou a andar de um lado para outro e dar uns gritos como ele fazia no IPQ, segundo Tânia. Cheguei a tempo no CAPS e consegui pegar a receita com o

psiquiatra. Liguei para a família avisando que poderiam vir buscar a receita no período da tarde e que deveria trazer o cartão do SUS de V. e a identidade de quem fosse pegar a medicação. Deixei um bilhete avisando o funcionário responsável pelo setor no período vespertino avisando que um familiar de V. viria buscar a receita. No dia seguinte, me certifiquei que a família havia resgatado a receita.

No dia 30/05, como já combinado com o cliente e seus familiares, seria nosso último encontro, cheguei lá, por volta das 09:30 h. Passei na casa de sua prima A para ver como ela estava e esta me convidou para entrar. Ela preparava um suco para seu filho e me ofereceu. Ela me olhava com um olhar triste e parecia querer me dizer algo, me pedir socorro. Pedi que eu esperasse ela fazer o suco do filho que iria me acompanhar até a casa de sua mãe. Quando saímos do portão de sua casa, antes que eu perguntasse algo, ela começou a relatar a última briga que teve com sua filha. Referiu que chegaram a se agredir fisicamente e que pediu a um de seus filhos que lhe desse uma faca para que a filha a matasse, pois a garota disse que a odiava. Ela chorava muito e fiquei meio sem ação. A única reação que tive foi de abraçá-la. Perguntei se havia algum local para conversarmos e ela me disse que poderia ser na casa de sua mãe, então fomos até lá. Quando chegamos V. como sempre, estava sentado no banco e veio em minha direção, cumprimentei-o e perguntei como havia passado a semana. Disse a ele que precisava conversar com A, mas depois conversaríamos. Mesmo assim ele nos acompanhou para dentro de casa. Quando entrei N. e D. vieram em nossa direção e perguntaram como estava a situação em casa. Ela disse que na mesma e precisava conversar comigo. Sentamos na sala, e começamos a conversar sobre o que aconteceu. Ela parecia estar muito abalada, e me referiu que teve vontade de morrer e chegou a tomar alguns comprimidos que tinha em casa. Seu filho quando viu, chamou um vizinho que tirou os comprimidos da mão dela. Fiquei abalada, ela tentou se matar!!!! Nesse momento segurei firme no braço dela e pedi que me olhasse nos olhos. Ela relutou em me olhar, mas depois me olhou. Eu disse para ela que não faria mais aquilo. Que ela deveria pensar nos outros filhos, questionei se ela achava que aquela atitude ia resolver os seus problemas, enfim, fiz ela me prometer que não faria aquilo novamente. Disse a ela que eu não teria condições de atendê-la, que a pessoa mais indicada seria minha orientadora. Perguntei o que ela achava disso, e prontamente ela concordou. Mesmo assim, deixei que ela falasse tudo o que estava sentindo, chorasse, enfim, desabafasse. Neste dia,

pouco conversei com V., mas ele sabia que seria o meu último dia. Disse que apesar de ser nosso último encontro, a família tinha o número do meu telefone e que se precisassem de alguma coisa era só entrar em contato comigo. Neste dia, fui convidada para almoçar com a família. Sai da casa às 13:00 h, me despedi de V., de D., e de N.. Passei novamente na casa de A. para me despedir e reforçar que mais tarde, após falar com minha orientadora, entraria em contato para comunicar a data e horário do atendimento. Ela me agradeceu e disse que aguardaria meu contato. Fui trabalhar e logo que possível entrei em contato com a Tânia para comunicar o fato e agendar um horário para A. Depois de tudo certo, liguei para A. para ver como ela estava e avisá-la do local, horário e dia do atendimento. Disse a ela que qualquer coisa poderia entrar em contato comigo. Ela me agradeceu novamente e nos despedimos.

Seu atendimento foi agendado para o dia 05/06 às 14:00h. Neste dia, por volta das 10:00 h A. me liga dizendo que V. está agressivo, agitado, não quer comer, nem tomar os remédios e que não sabem o que fazer. Está com vontade de chamar a polícia para o levarem para a “colônia”. Quando ela me falou isso, quem entrou em crise fui eu. Meu Deus, o que fazer? Pedi a ela que esperasse um pouco que eu entraria em contato em alguns minutos. Com as pernas trêmulas e um buraco no estômago, sai igual uma “louca” atrás da Tânia para pedir socorro novamente. A Tânia me deu a idéia de ligar para o CAPS e ver qual o procedimento a tomar e que se fosse o caso levá-lo para o IPQ, pois ele é um paciente que necessita de internação quando está em crise, devido sua agressividade. No CAPS, me informaram que se possível a família deveria levá-lo no dia seguinte, terça-feira, pois o psiquiatra estaria lá e o atenderia. Caso contrário, se ele estivesse muito alterado, deveriam levá-lo a emergência do IPQ. Após esta informação, liguei para A e expliquei as alternativas. Disse a ela que qualquer dúvida poderia me ligar novamente. Perguntei a ela se viria no seu atendimento no período da tarde e ela disse que sim, então combinamos de nos falarmos a tarde. Como combinado, nos encontramos às 13:30 h no CCS, em frente a sala da Tânia. Perguntei a ela como estava V. e ela me disse que parecia mais calmo. Reforcei as orientações e fiquei com seu filho que a acompanhava para que ela fosse atendida.

Dois dias depois liguei para saber como V. estava e A me disse que ele continuava agressivo. Quando questionei se haviam levado ele para o psiquiatra, ela me disse que ainda não. Conversei com ela sobre o problema das crises do primo e que ele precisava ser visto pelo médico, pois ele fica muito agressivo e ela sabe o que acontece. Falei também, que não era preciso deixar ele chegar aos “extremos” para ser internado. Ela concordou comigo e ficou de levá-lo no dia seguinte.

4.4.1 Resumo do processo da cliente V. da família C

Observação:

Parcialmente dependente para o auto-cuidado;

Não executa nenhum tipo de atividade;

Risco de fuga;

Tomada de decisão:

Estimular atividade diária de rotina;

Acompanhar/estimular o cliente para o auto-cuidado;

Orientar o perigo das fugas;

Evolução/Avaliação:

O cliente manifestou algumas mudanças. No período em que o acompanhei não apresentou nenhum episódio fuga, barbeou-se e plantou alho em um dos atendimentos.

4.5 CLIENTE S. DA FAMÍLIA D

São 09:30h do dia 15/05, chego no edifício onde reside S. Ao sair do elevador sinto que estou sendo observada, mas não consigo identificar por quem. Logo em seguida vi que se tratava de uma criança que aparentava ter uns 10 anos. Ao entrar no apartamento descobri que se tratava do filho de S. Fui recebida por seus pais, a cliente estava sentada em um dos sofás na sala de estar. Fiz as perguntas do roteiro para a cliente. S. me mostrou seu quarto, em seguida ouvi declarações de seus pais e de seu filho. Os mesmos declararam que “S. dorme a maior parte do dia, ronca e fala durante a noite e não realiza atividades durante o dia, não é vaidosa, não se cuida, não se importa com nada, que a mesma está com piolho, que não conseguem acabar com os parasitas, desde sua última internação”. Combinamos que no dia seguinte iríamos ao CAPS e cortar os cabelos, no dia 16/05.

Cheguei as 09:30 horas, não consegui realizar o plano. Nos dirigimos ao CAPS. Convidei-a para que fossemos até o CAPS caminhando, porém ela se recusou. Tentei convencê-la, ao que me chamou de teimosa e disse que se não fossemos de táxi ela não iria. Chegando lá, conversei com a supervisora e a orientadora e depois a acompanhei na consulta com a T.O., durante a qual declarou que, “têm muita briga em casa devido a situação financeira, que meu filho está revoltado, porque todos os dias têm briga”. A T.O., questionou-a novamente quanto aos motivos das brigas e, ela voltou a afirmar que é só por motivo da situação financeira. Negociamos a possibilidade dela vir todas as quintas-feiras para participar da T.O., realizar trabalhos e a diversidade de opções que podem ser encontradas em relação a trabalhos manuais. Ao chegarmos no apartamento de seus pais disseram que a filha não tem condições de sair sozinha, que eles preferem que eu vá buscá-la. Disseram que, a filha saía sozinha quando era medicada com Melleril, que ela era mais disposta e tinha mais autonomia. No entanto S. diz que ficava impregnada. Esta discussão que durou uns 3 minutos, finalizou com seu pai relatando que S. não faz nada que os agrade e, que ela inventou esta desculpa para não tomar Melleril. Completou que parece que a filha quer castigá-los e, ainda que ele admite que faça isto com ele, mas não com sua mãe que sempre lhe paparicou, lhe proporcionou o melhor.

No dia 28/05 fui recebida por S. que já queria dirigir-se ao CAPS. Porém, o meu propósito naquele dia, era explicar e obter o consentimento da cliente, para marcar alguns exames complementares. Falei sobre os exames laboratoriais e preventivo do colo uterino, que haviam sido, inclusive, solicitados pelos seus pais. Acabamos permanecendo em seu apartamento devido aos gastos com o táxi, visto que havia necessidade de nos deslocarmos mais dois dias na semana. Negociamos e fechamos o acerto.

Cheguei no horário combinado às 09:30h, do dia 29/05, para buscar S. para o exame preventivo de colo uterino. S. me recebeu, vestida com uma saia marrom, blusa bordo e sapato baixo de cor preta. Saímos em seguida, no elevador ela disse: “Esse exame é uma palhaçada”. S. você sabe por que é feito este exame? “Sei por causa do câncer”. Então como você diz que é uma palhaçada? Uma doença tão grave. “Para os outros é importante, mas para mim que não quero viver é uma palhaçada”. Mas por que você não quer mais viver? Você gosta do seu filho? “Gosto”; Então faça dele o seu motivo e a sua vontade de viver, viva por ele, ele precisa de você. Você sabe se quiseres, consegues voltar a fazer atividades, que antes fazias, ir ao cabeleireiro, ir ao CAPS sozinha, enfim você sabe muito bem as suas capacidades. Chegamos a Policlínica, de táxi, esperamos mais de 1h pelo atendimento. Enquanto isso fui abrir o seu prontuário na Policlínica, porque até então ela só tinha prontuário no CAPS. S. realizou o exame tranqüilamente e respondeu ao questionário feito antes do exame e se posicionou na mesa, de acordo com o solicitado, pela técnica. Em seguida fomos embora, antes passamos no CAPS.

P.S.: No dia 30/05, fui para o CAPS, e pedi para o médico psiquiatra requisição de exames. Me informei como proceder no laboratório da Policlínica. O recipiente para coleta de exame de urina e fezes foi entregue para sua mãe, que logo emitiu o seguinte comentário, “que não faria a coleta das fezes para exame, talvez a urina”.

Dia 31/05, cheguei às 08:15h, S. já estava pronta para irmos. Pegamos um táxi como de costume, e de fato só a urina havia sido coletada. Durante a coleta de sangue S. disse: “quando esse suplício vai acabar?”. O combinado era permanecermos e S. ir para a T.O., mas antes tomaria um lanche (café/pão) no CAPS. No entanto a cliente mudou de idéia e foi difícil convencê-la do contrário. Retornamos para sua residência, conversei com sua

mãe, agradei, e me despedi, fiquei de dar um retorno em relação aos resultados dos exames.

4.5.1 Resumo do processo da cliente S. da família D

Observação:

Não realiza exames de rotina há 11 anos;

Não executa nenhum tipo de atividade;

Pediculose;

Sem motivação;

Pouco comunicativa;

Higiene corporal precária;

Tomada de decisão:

Estimular o auto-cuidado, (leve-a para cortar os cabelos);

Presenteei-a com batom, estimulando a auto-estima;

Agendamento e realização de exames laboratoriais e preventivo do colo uterino.

Evolução/Avaliação:

A cliente apesar de aceitar realizar os exames, não apresentou grandes mudanças, pois não sente-se estimulada para a vida..

Objetivo 4:

- Identificar o vínculo existente entre a família, o cliente e o CAPS

Famílias	Família “A”1	Família “A” 2	Família “B”	Família “C”	Família “D”
Conhece serviços oferecidos pelo CAPS	Não	Não	Não	Não	Não
Participa das atividades do CAPS	Não	Não	Não	Não	Não
Nº de internações	2	0	2	+ de 50	4
Conhecem o diagnóstico	Não	Não	Não	Não	Não
Identifica sinais/sintomas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Utiliza medicação de forma correta	Sim	Sim	Não	Não	Não
Conhece os efeitos colaterais da medicação	Não	Não	Não	Não	Não

Este objetivo nos possibilitou perceber quanto os clientes necessitam estreitar seu vínculo com o CAPS, no sentido de buscar mais informação, ser mais informado e estimulado em relação ao uso correto da medicação. É de fundamental importância no tratamento, para que se desenvolva um quadro clínico estável, possibilitar ao cliente e familiares estabelecer rotinas e mantê-las e realizá-las sempre que possível. A falta de noção da gravidade sobre os efeitos e ingestão incorreta da medicação foi um dos

problemas que encontramos em quase todas as famílias. Apenas uma das famílias, apesar de não ter informações sobre o medicamento, segue a risca a prescrição médica. Todas as famílias conseguiam identificar os sinais/sintomas da crise, porém nenhuma delas conhecia o diagnóstico do cliente. E um dos dados que mais chamou atenção foi o dado de que as famílias não tinham conhecimento, dos serviços oferecidos pelo CAPS e não participam dos grupos, além do grupo aberto, onde os clientes recebem a receita para aquisição da medicação. Esses dados foram colhidos do instrumento, roteiro para visita domiciliar.(Anexo V)

Objetivo 5:

- Verificar possibilidade de campo para desenvolvimento de estágio da VIIª unidade curricular do curso.

O CAPS pode vir a ser campo de estágio para VII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, desde que sirva de ponte e suporte em relação a equipe do serviço, aos acadêmicos e clientes cadastrados, pois a demanda é suficiente, porém a frequência não é semanal, dificultando o vínculo. Acreditamos que se houver agendamento prévio das consultas, e também que os clientes recebam orientação a respeito das consultas de enfermagem, há possibilidade de atingir os objetivos da VIIª unidade curricular que são:

Frente ao objetivo da VII Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem, Prestar assistência de enfermagem ao doente mental, o número de clientes frequentadores do programa de psicóticos e, o número de alunos da VIIª Unidade Curricular, consideramos que para utilização do CAPS como campo de estágio curricular da disciplina Enfermagem Psiquiátrica II, alguns critérios devam ser analisados.

- a) Se os objetivos VII Unidade Curricular e do CAPS são compatíveis.

Os objetivos da VII Unidade Curricular e do CAPS, são complementares e vem de encontro com a nova política de atendimento aos clientes portadores de transtorno mental.

b) Quanto ao número de clientes do CAPS e, dos alunos matriculados na VII Unidade Curricular.

De acordo com o número de ambos existe a viabilidade, conforme sugestão:

Sugestão

Que se pense no desenvolvimento do estágio da VII Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem, formando dois grandes grupos de alunos, que fizessem um rodízio entre o CAPS e o IPQ. Sendo que um professor acompanharia o grupo do IPQ e, que os outros dois supervisionem o estágio realizado no CAPS.

Desta forma estariam contribuindo para diminuir o número de internações e, intensificando o tratamento em nível ambulatorial e/ou domiciliar. É neste momento que o cliente poderá receber orientações específicas de acordo com o transtorno e, particularidades quanto a medicação, dificuldades observadas na maioria dos clientes, por nós atendidos. Ocorrendo fatos preocupantes como ingesta inadequada, doses e horários alternados.

Salientamos que o atendimento domiciliar nos possibilitou ter noção da dinâmica familiar e, com isso abriu um leque de opções para atendimento de enfermagem.

Objetivo 6

- Objetivo não traçado e alcançado, participação em eventos pertinentes ao trabalho por nós desenvolvido.

“Fórum Catarinense de Saúde Mental”, realizado nos dias 16, 17 e 18 de maio de 2001, no plenário da Assembléia Legislativa, com duração de 20 horas.

“Encontro de Gestores Municipais e Estaduais em Saúde Mental”, realizado no dia 05 de abril de 2001, no auditório do IPESC (Instituto da Previdência do Estado de Santa Catarina), com duração de 04 horas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reforçamos, ao término deste trabalho, a idéia de que todas as mudanças idealizadas pelos profissionais da saúde mental, que tem a preocupação com desospitalização e a diminuição das internações estão apenas começando.

Acreditamos que através da realização deste projeto uma nova opção na busca desta tão almejada mudança possa ser oferecida. A assistência domiciliar por nós prestada fortaleceu a tese que não adianta investir apenas em uma das pontas do iceberg. Manter o paciente medicalizado, sem as devidas orientações e compromisso familiar e profissional só tende a agravar, ou modificar o tipo de masmorra empregada sobre o paciente. Como realizar o discurso da desinstitucionalização se ainda na prática pouco é feito para manter um serviço de qualidade e realmente comprometido com o ser humano portador de um transtorno. Como exigir da família que se responsabilize pelo cliente, se instituições mantém fechadas suas triagens por falta de médicos responsáveis pela medicação dos clientes? A quem caberia a real responsabilidade de agilizar a reabertura do serviço de triagem? Sabe-se que está na dependência direta da contratação de um profissional médico, uma vez que é de sua inteira responsabilidade a prescrição medicamentosa, essencial para o atendimento do cliente. Mesmo que, no documento do CAPS não deixe claro a vinculação triagem/medicação, nos tornando solidários com a luta na busca de um profissional para suprir esta necessidade. Talvez estejamos diante de uma realidade um pouco amedrontadora. Afinal o que fazer? Como deve comportar-se o profissional de enfermagem frente a esta situação? Por enquanto só conseguimos questionar, quem sabe com a

continuação de nossa vivência profissional, possamos encontrar ou, corajosamente, assumir nosso papel, como verdadeiros e reais defensores, daquele que, sem dúvida nenhuma, depositam muitas horas de sua vida em nossas mãos.

Travelbee (1979) diz que cada ser humano apresenta características individuais e pessoais que o tornam um ser único e distinto no universo de tantos seres humanos, portanto, entendemos que cada pessoa tem uma situação peculiar de problemas e reações frente a vida. Nós, como seres humanos, nos enquadrados nesta descrição e, conseqüentemente, estamos expostas aos vários sentimentos como amor, alegria, tristeza, frustração, desânimo, enfermidade, depressão, angústia, ansiedade, impotência, etc. Diante disso, percebemos nosso despreparo diante de situações inusitadas e inesperadas.

Percebemos que a caminhada é longa, mas se dermos passos condizentes com nossa capacidade, nossos objetivos deverão ser, então, atingidos.

*“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas
lutamos para que o melhor fosse feito...”*

*Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos
ser, mas graças a Deus, não somos o que éramos.”*

(Martin Luther King, apud Lagranha, Sell, Stahelin, 1999)

8. FONTES BIBLIOGRÁFICAS

01. BAUER, Cilane Edécia, OLIVEIRA, Noélia Fernandes de e SCHWARTZ, Simone Alexandra. Assistência de Enfermagem ao Cliente Psicótico e Familiares a Nível Ambulatorial e/ou Domiciliar na Busca do Resgate da Cidadania, Reintegrando-o no seu Contexto. Florianópolis, 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.

02. BORENSTEIN, Miriam S. e RIBAS, Dorotéia L. CAPS – Florianópolis: Uma Experiência de Grupo com Clientes Psicóticos durante dez anos, fora dos muros do Manicômio. R. Bras. Enf., Brasília. v. 52, n.2, p. 179-188, abr./jun. 1999.

03. BRASIL. Lei nº 10.216, de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex**: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, v. __, p. __, abril, 2 trim. 2001. Legislação Federal e Marginália.

04. CRUZ, Sara Regina e PEREIRA, Cristiane Regina. Marco de Referência Teórico para a prática no atendimento aos usuários do CAPS e seus familiares. Florianópolis, 2000. Trabalho digitado (Graduação em Enfermagem – NFR 5412) Universidade Federal de Santa Catarina.
04. DELGADO, Pedro Gabriel. FHC sanciona lei que extingue manicômios: Portadores de doenças mentais vão receber bônus para ajudar na reintegração à família. Diário Catarinense. Florianópolis. 07/04/2001. SAÚDE. P. 3 _.
05. DREHMER, Ana Lúcia, OLIVEIRA, Elenice Loch de, FOGLIATTO, Júlio César de Almeida. Trabalhando a Relação Pessoa a Pessoa na Área da Saúde Mental, dentro da Estratégia de Saúde da Família, numa comunidade de Florianópolis. Florianópolis, 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
06. ESPÍRITO SANTO, Iris Helena Kisner do, FISCHER, Mirella Ferreira e PITTALUGA, Fernando Antônio C. Vivenciando a Teoria Transcultural Aplicada à uma Assistência Primária de Enfermagem junto ao Idoso no Serviço de Saúde, na Família e na Comunidade. Florianópolis, 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
07. FENILI, Rosangela Maria. Desvelando necessidade contrária através da assistência de enfermagem ao cliente psiquiátrico. Florianópolis, 1999, 153 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

08. SANTOS, Lazir de Carvalho dos. Esquizofrenia. Esquizofrenia: Disponível na internet. <http://www.psicanalise.virtual.com.br/esquizof>. Consultado em: 18/05/2001
09. SCÓZ, Tânia Mara Xavier. Relação Pessoa a Pessoa; 16 set – 20 nov de 2001. Notas de aula. Mimeografado.
10. TAYLOR, Cecelia M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Tradução por Dayse Batista. 13: ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
11. TRAVELBEE, Joyce. Intervencion en enfermeria psiquiatrica. 2:ed. Colômbia: Carvajal, 1979.
12. TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente – assistencial. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999.
13. ZALESKI, Marcos José Barreto. Serviço à saúde mental é precário: levantamento foi realizado em 18 regionais do Estado e apresentado em encontro. Diário Catarinense. Florianópolis. 06/04/2001. GERAL. P. 3_

9. ANEXOS

ANEXO I



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

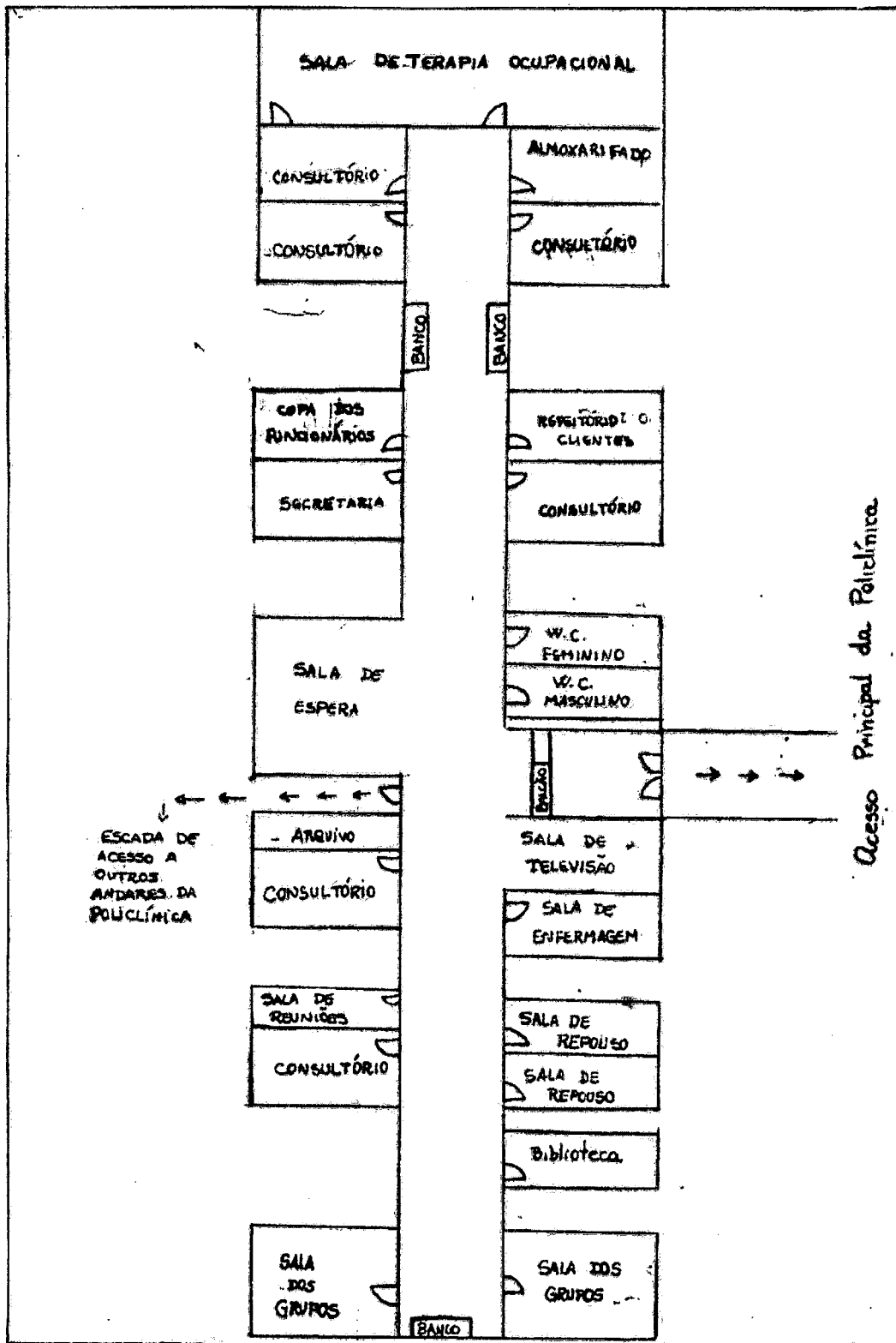
Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Jose Gregori
José
Serra

ANEXO II



ANEXO III



ESTATÍSTICA MENSAL DO CAPS – JUNHO DE 2001 PROGRAMA DE PSICÓTICOS

MÉDICO/PSIQUIATRA			ENFERMAGEM	
Cód.	1ª Consulta	Retorno	1ª Consulta	Retorno
62	—	04	—	01
63	01	17	—	04
64	01	20	—	05
65	—	30	—	13
66	—	29	—	11
67	—	30	—	12
58	01	24	—	14
69	—	19	—	09
70	02	06	—	04
71	—	06	—	02
72	—	05	—	03

Terapia Individual

Terapia de Grupo (nº grupos)

Psicóloga	A. Social	T.O.	Psicóloga	A. Social	T.O.
157	—	77	07	—	07

Atendimento Familiar: 131 atendimentos



TABELA DE CÓDIGOS POR IDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50	DE 0 A 1 ANO INCOMPLETO
51	DE 1 A 2 ANOS INCOMPLETOS
52	DE 2 A 3 ANOS INCOMPLETOS
53	DE 3 A 4 ANOS INCOMPLETOS
54	DE 4 A 5 ANOS INCOMPLETOS
55	DE 5 A 6 ANOS INCOMPLETOS
60	DE 6 A 12 ANOS INCOMPLETOS
61	DE 12 A 15 ANOS INCOMPLETOS
62	DE 15 A 21 ANOS INCOMPLETOS
63	DE 21 A 25 ANOS INCOMPLETOS
64	DE 25 A 30 ANOS INCOMPLETOS
65	DE 30 A 35 ANOS INCOMPLETOS
66	DE 35 A 40 ANOS INCOMPLETOS
67	DE 40 A 45 ANOS INCOMPLETOS
68	DE 45 A 50 ANOS INCOMPLETOS
69	DE 50 A 55 ANOS INCOMPLETOS
70	DE 55 A 60 ANOS INCOMPLETOS
71	DE 60 A 65 ANOS INCOMPLETOS
72	DE 65 A 70 ANOS INCOMPLETOS

ANEXO IV

ANEXO V

ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR

Data:

Horário do atendimento.

1. Identificação do cliente:

Nome:

idade:

sexo:

religião:

Estado civil:

N.º de filhos:

Endereço:

Procedência:

Naturalidade:

Escolaridade:

Ocupação:

Renda mensal:

2. Quanto a família:

2.1 Com quem mora? (Quantas pessoas?)

2.2 O que sabe a respeito do transtorno (doença)?

2.3 Desde quando?

2.4 Quem diagnosticou?

2.5 Tempo de tratamento institucional:

2.6 N.º de internações: Local:

2.7 Data de admissão no CAPS:

2.8 Quais as medicações que usa?

2.9 Tem alguma dúvida/pergunta sobre os medicamentos?

2.10 O cliente toma os medicamentos sozinho?

2.11 Como consegue os medicamentos?

2.12 Como identifica as crises?

2.13 Que atitude toma diante das crises?

2.14 O que costuma fazer durante o dia ?

2.15 Quais são as pessoas significantes ?

3- Observação Céfalo Caudal

- Movimentos involuntários;
- Sinais Vitais (P.A., pulso temperatura e respiração)
- Mucosas (alteração da coloração, umidade e integridade)
- Pele (cor, umidade, textura, elasticidade, turgor e integridade)
- Exame da cabeça: fácies, olhos, nariz, boca, lábios e ouvidos
- Exame do pescoço;
- Exame da mama;
- Exame da coluna vertebral;
- Exame dos membros superiores e inferiores.

4. Exame Psicológico

Qual o seu nome?

Quantos anos você têm?

Onde você está agora?

Qual o seu endereço?

Qual é o seu quarto?

Quantos irmãos você têm?

Que dia é hoje?

Quando você faz aniversário?

Que tipo de refeição costuma fazer?

O que você gosta de comer?

O que você comeu no almoço, ontem?

Sensopercepção: tato, olfato, gustação, audição e visão.

Observar se consegue segurar objetos ou têm dificuldades

Observar se consegue alimentar-se



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O relatório reflete a prática realizada e todo o empenho empregado no seu desenvolvimento. O seu conteúdo pode ser utilizado como dado referencial a todos aqueles que se interessam pela temática abordada.

As "pequenas" dificuldades apresentadas no obedecimento às referências bibliográficas e formatação do trabalho são superadas pela contribuição evidente à academia.

Tânia Scóz 12/07/01