

Aspectos relacionados a esquizofrenia: um relato de experiência sobre a realidade do paciente e familiares

Aspects related to schizophrenia: an experience report on the reality of the patient and family

Aspectos relacionados con la esquizofrenia: un relato de experiencia sobre la realidad del paciente y su familia

Recebido: 17/11/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceito: 24/11/2020 | Publicado: 28/11/2020

Brenda Bianca Moreira De Melo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5002-708X>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

E-mail: brendabmelo@gmail.com

Gabrielly De Negreiros Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0370-739X>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

E-mail: gabriellynsr@outlook.com

Graciana de Sousa Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3615-9040>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

E-mail: gracilopess@hotmail.com

Resumo

Objetivo: relatar a experiência de duas acadêmicas de enfermagem frente a um caso de esquizofrenia em idosa. Método: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo relato de experiência, que visa observar e acompanhar determinada situação e discutir a respeito dela. O estudo foi desenvolvido durante a disciplina teórico-prática de saúde mental no 2º semestre de 2018 do curso de enfermagem em uma residência localizada na zona norte da cidade de Manaus, onde ocorreram as visitas domiciliárias. Resultado: Como futuras enfermeiras, entendemos o quão complexo é nosso papel diante dessa doença, mas também entendemos que essas pessoas precisam de nós, não só o paciente como também sua família. Precisamos estar capacitados e sensibilizados com a história dessas pessoas. Conclusão: Os órgãos competentes precisam olhar para essa causa. Os investimentos em saúde mental não têm suprido a demanda. Precisamos não somente tratar o doente, mas sua família. Os

familiares dos pacientes esquizofrênicos estão cansados, sobrecarregados e muitas vezes até mesmo ficando doentes. E não existe políticas públicas eficazes para essas pessoas. Não podemos de forma alguma jogar todo o peso nessas famílias.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Família; Sobrecarga; Transtornos mentais.

Abstract

Objective: to report the experience of two nursing students facing a case of schizophrenia in an elderly woman. **Method:** This is a descriptive, exploratory study of the type of experience report, which aims to observe and monitor a given situation and discuss it. The study was developed during the theoretical-practical discipline of mental health in the 2nd semester of 2018 of the nursing course in a residence located in the north of the city of Manaus, where home visits took place. **Result:** As future nurses, we understand how complex our role is in the face of this disease, but we also understand that these people need us, not only the patient but also his family. We need to be trained and sensitized with the history of these people. **Conclusion:** The competent bodies need to look at this cause. Investments in mental health have not met the demand. We need not only to treat the patient, but his family. The relatives of schizophrenic patients are tired, overwhelmed and often even become ill. And there are no effective public policies for these people. We cannot in any way throw all the weight on these families.

Keywords: Schizophrenia; Family; Overload; Mental disorders.

Resumen

Objetivo: relatar la experiencia de dos estudiantes de enfermería frente a un caso de esquizofrenia en una anciana. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio del tipo de relato de experiencia, que tiene como objetivo observar y monitorear una situación dada y discutirla. El estudio se desarrolló durante la disciplina teórico-práctica de salud mental en el 2do semestre de 2018 del curso de enfermería en una residencia ubicada en el norte de la ciudad de Manaus, donde se realizaron visitas domiciliarias. **Resultado:** Como futuras enfermeras, entendemos lo complejo que es nuestro rol ante esta enfermedad, pero también entendemos que estas personas nos necesitan, no solo al paciente sino también a su familia. Necesitamos estar capacitados y sensibilizados con la historia de estas personas. **Conclusión:** Los organismos competentes deben analizar esta causa. Las inversiones en salud mental no han satisfecho la demanda. No solo necesitamos tratar al paciente, sino también a su familia. Los familiares de los pacientes esquizofrénicos están cansados, abrumados y, a menudo,

incluso se enferman. Y no existen políticas públicas efectivas para estas personas. De ninguna manera podemos arrojar todo el peso sobre estas familias.

Palabras clave: Esquizofrenia; Familia; Sobrecarga; Desordenes mentales.

1. Introdução

A esquizofrenia é conhecida por ser uma das doenças psiquiátricas mais graves e complexas da atualidade. É determinada como um distúrbio clínico incompreensível que capta manifestações variadas, como: manifestações dos pensamentos, das percepções, das emoções, dos movimentos e dos comportamentos (Oliveira & Fascina & Siqueira Júnior, 2012).

Essa síndrome foi nomeada em 1911, pelo psiquiatra Eugene Bleuer. Ele determinou como sintoma crucial desta doença a perturbação do pensamento. O termo esquizofrenia significa "mente partida" (Teixeira, 2005).

As manifestações de sinais e sintomas causados pela esquizofrenia são as mais rigorosas de todas as enfermidades psiquiátricas, pois o paciente com este diagnóstico perde o controle de sua vida e emoções, ele se vê submerso em pensamentos confusos e desconhecidos (Lukasova et al, 2007).

De acordo com literatura, o portador da doença tem sua vida afetada, juntamente com os familiares que também sofrem consequências psicológicas, sociais e financeiras.

O dia a dia com as pessoas que possuem essa condição é bastante difícil, os familiares são os mais afetados. A convivência da família passa por muitas mudanças assim que o paciente dá início as alterações de comportamento. O paciente passa a ser agressivo e muitas vezes a família acaba cedendo, por medo. Além disso, a redundância na fala, sem sentido para quem escuta, torna-se cansativa à medida que ocorre (Giacon & Galera, 2006).

As consequências dessa doença para a família têm sido devastadoras, e chegam a ser comparadas com traumas vividos por vítimas de grandes catástrofes. Geralmente, no primeiro episódio da doença a família passa por uma situação de sobrecarga, principalmente porque é no final da adolescência que os primeiros sintomas vêm à tona, desorganizando assim todo o âmbito familiar. Passado o choque inicial, a família começa um processo de ajuste, focando em obter o equilíbrio que traga benefício para a sobrevivência de todos (Giacon & Galera, 2006).

E sob este olhar o estudo traz a importância de podermos enxergar que esses pacientes são pessoas que merecem respeito e dignidade, e que seus familiares precisam de ajuda,

principalmente de uma rede de apoio, que entenda como é complexa a vida com um ente querido portador dessa doença.

Objetivo geral do presente trabalho é relatar a experiência de duas acadêmicas de enfermagem frente a um caso de esquizofrenia em idosa.

2. Revisão de Literatura

Reforma psiquiátrica

Em meados do século XX iniciou-se uma transformação grandiosa da assistência psiquiátrica no Ocidente, o modelo manicomial foi sendo excluído de forma gradual e com isso foi surgindo um novo modelo de atenção à saúde mental. Com esse modelo entende-se que o adoecimento da mente é um processo, e engloba inúmeras partes da vida cotidiana como lazer, trabalho e família, dos pacientes que estão sendo tratados. A diferença entre os dois modelos é a organização de movimentos sociais que se tornou uma importante mudança para o empoderamento pessoal e político dos portadores de transtornos mentais graves, que passaram a ter mais autonomia a medida que esse modelo foi sendo aplicado (Peixoto & Mourão & Serpa Júnior, 2016).

A partir dessa Reforma ocorreu uma série de eventos considerados benéficos para os doentes mentais, como: a desinstitucionalização dos pacientes que permaneciam durante longos períodos nas instituições, a apresentação de uma rede de serviços comunitários de saúde mental e a gradual inserção desses indivíduos em suas antigas vidas sociais. Neste modelo novo de atenção comunitária à saúde mental, não se negligenciava o diagnóstico e o tratamento dos sintomas, porém passaram a entender o adoecimento como um processo, e com isso se ampliava os objetivos do tratamento. Alguns novos aspectos acerca do doente passaram a ser considerados e levados em conta no tratamento, como suas necessidades individuais, assim como as diferentes esferas da vida cotidiana, incluindo trabalho e lazer. (Lopes et al., 2012).

Após o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu um grande avanço social. A partir da década de 1970, várias vertentes de movimentos contra os manicômios construíram uma alegação combatendo a supremacia para a Política Nacional de Saúde Mental que antes era focada em hospitais psiquiátricos (manicômios). No Brasil, houve muito entusiasmo para o movimento reformista nos primeiros 15 anos do século XXI. Depois de muitas lutas enfrentadas, foi alcançado um modelo de política em saúde mental muito inovador e conhecido internacionalmente (Peixoto & Mourão & Serpa Júnior, 2016).

Aspectos relacionados à esquizofrenia

De acordo com o Ministério da saúde (2013), a esquizofrenia tem como características as perturbações de pensamento e da percepção. Segundo dados, por volta de 30% pacientes diagnosticados, conseguem uma recuperação completa ou parcial, próximo de 30% dos pacientes há remissão incompleta e prejuízo parcial de suas atividades locomotoras, e por volta de 30% tem a capacidade mental suficientemente afetada, causando efeitos negativos em seus comportamentos sociais, afetivos e até profissional (Brasil, 2013).

O fator genético contribui de forma significativa no que determina os riscos para a esquizofrenia. Grande parte dos indivíduos diagnosticados não tem histórico familiar, os alelos de risco deste caso são raros, e associados a diversos transtornos mentais, como bipolaridade, depressão e autismo (Tuleski, 2019).

No ponto de vista da Psiquiatria Clínica esquizofrenia, é tipificada por ser um transtorno psicótico que ocasiona grande sofrimento ao paciente e aos seus familiares, produzindo no paciente alterações de pensamentos, de comportamento, de afetividade, apresentando aspectos negativos e positivos, indicados por alucinações, delírios, embotamento afetivo, apatia, entre outros. Na fisiopatologia há várias teorias que tentam particularizar a doença, mas nenhuma consegue esclarecê-la plenamente, tendo como resultado várias abordagens de diferentes perspectivas terapêuticas na tentativa de identificar e regulamentar a doença. (Marques & Toledo & Garcia, 2012).

Uma boa abordagem terapêutica é a reabilitação psicossocial, onde os profissionais de saúde mental contribuem para a reparação dos direitos civis desses pacientes, e ajudam a construir uma identidade, e voltar a pertencer ao grupo a que faziam parte, ou seja, auxiliar os pacientes a recomeçar uma nova vida e rotina. A reabilitação para esses pacientes pode ocorrer de vários modos, considerando as abordagens de saúde mental que já existem. Deste modo, a reabilitação pode se dar através de psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, orientação familiar, abordagem psicossocial em instituições, grupos de autoajuda, atividades que tem objetivo de reinserir o paciente na família e na sociedade, fazendo as atividades que antes do diagnóstico já fazia (Marques & Toledo & Garcia, 2012).

Aspectos relacionados ao contexto familiar

A doença mental afeta a vida das pessoas em vários níveis, principalmente emocional, causando ansiedade e trazendo efeitos graves sobre o funcionamento da família. Os familiares

acabam fragilizados e o contexto interno e externo se torna completamente comprometido. Todavia, a família também acaba se mostrando um lugar de carinho e cuidado. A família adapta todas as suas motivações, seu estilo de vida, seus valores já estabelecidos antes da doença. E muitos valores passam a ter novos significados (Navarini & Hirdes, 2008).

Tentar conciliar as atividades do dia a dia, desorganização da casa, diminuição da renda familiar, cansaço, tensões e contendas nas relações, são algumas das dificuldades do convívio diário com um doente mental (Fonseca & Galera, 2012).

Em meio a tantos males, recaídas e muitas vezes o não cumprimento do tratamento, é corriqueiro encontrar familiares céticos diante da possibilidade de cura ou melhora do doente mental, pois, com o decorrer do tempo as complicações e lutas acarretam o desânimo, e medos em relação a qualquer argumento de mudança (Sales et al, 2011).

O Preconceito relacionado a esquizofrenia

O estigma é um fator social que gera à segregação de uma pessoa específica ou de um grupo da comunidade, levando à distinção e perda da dignidade como consequência de preconceito por parte de outras pessoas da sociedade. Os indivíduos considerados “normais” formam estereótipos diferentes das características de determinada pessoa, levando, ao processo de estigmatização (Feijó et al, 2019).

Há um preconceito generalizado por parte da sociedade e do próprio portador da doença, quanto ao uso do termo "esquizofrênico" por ser considerado depreciativo e vergonhoso. Cada pessoa reage de uma forma diferente quando rotulada com a síndrome. Há um esforço para tentar mudar a maneira como se referir aos portadores de esquizofrenia com o objetivo de fazê-los serem vistos como indivíduos com um problema ao contrário de pessoas-problemas (Oliveira et al, 2012)

No meio de tantos transtornos, a esquizofrenia é o mais estigmatizado. Os esquizofrênicos geralmente são reconhecidos como imprevisíveis e perigosos, além de afetados por uma doença crônica e incurável. O preconceito com esses pacientes acontece até mesmo entre a equipe de saúde, o que produz atraso nos diagnósticos e péssima qualidade da assistência. Indivíduos com este diagnóstico são afastados do convívio social e perdem oportunidades de empregos todos os dias por conta do preconceito (Feijó et al, 2019).

Os fatores culturais são importantes para os portadores de esquizofrenia, assim como o convívio familiar e tipo de tratamento que recebe. Um ponto de vista cultural muito repetido sobre o distúrbio é sua explicação como um "problema na cabeça", que pode ser visto como

uma forma de conviver bem com a realidade difícil, já que não aprovam utilizar a palavra esquizofrenia, abraçando termos mais amplos ao citarem à doença (Oliveira et al, 2012).

Sinais e sintomas relacionados a esquizofrenia

Perda de associações de ideias, alucinações, riso em momentos inapropriados, julgamentos e palavras inapropriadas, delírios, deterioração, desorganização da fala e pensamentos sem lógica, são alguns dos sintomas que os pacientes esquizofrênicos sofrem (Giacon & Galera, 2006).

Embora, ainda não tão claros e alvo de muitos estudos, em 2013, o Ministério da Saúde em uma cartilha abrangeu alguns pontos dos sintomas desta doença.

“O paciente possui a sensação de que seus pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos estão sendo sentidos e partilhados por outros. Pode desenvolver delírios de que forças externas influenciam pensamentos e ações (ouvir vozes), de forma muitas vezes bizarras. Pode exibir também um pensamento obscuro, acreditando que todas as situações do seu cotidiano possuem um significado absurdo, relacionado com ele. O humor é superficial ou incompatível, acompanhado, com frequência, de inércia, negativismo ou espanto”. (Brasil, 2013; p.321).

Outro principal sintoma segundo Silvia, é a anedonia que se caracteriza pela perda da capacidade de sentir prazer. A anedonia física alcança perda de prazeres que no dia a dia de pessoas normais são simples, como por exemplo apreciar as belezas da natureza, comer, beber, passear, ser abraçado. Já a anedonia social alcança, como o nome já diz, a perda de prazeres sociais como estar com os amigos ou com outras pessoas. O afastamento afetivo é considerado comum em pacientes com esquizofrenia, que também é comum em pacientes depressivos (Silva, 2006)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) dispõe de uma Classificação Internacional das Doenças que caracteriza a esquizofrenia como uma série de distorções de pensamentos e demonstrações de afeto inadequado, além de dificuldades em expressar sentimentos. Até hoje, a esquizofrenia é a doença mental mais incapacitante e que traz mais sofrimento. Na maioria dos pacientes, ocorrem alucinações, principalmente visuais e auditivos". (Teixeira, 2005)

Teoria do auto cuidado

A primeira vez que o termo autocuidado foi citado, ocorreu no campo da enfermagem, em 1958, quando a Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem refletiu acerca do porquê os pacientes necessitavam de auxílio da enfermagem e podiam ser ajudados por esses profissionais. A partir dessa reflexão, Orem formulou sua teoria sobre o déficit de autocuidado, que se trata de uma teoria geral porém é dividida em três outras teorias que se complementam: a teoria do autocuidado: ela analisa e explica o autocuidado; a teoria do déficit do autocuidado: que explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas; e a teoria dos sistemas de enfermagem: que aborda as relações que são necessárias estabelecer para que se aplique a enfermagem.

A Teoria do Autocuidado: foi estabelecida pela prática das ações de cuidado realizado pelos pacientes por si mesmos para preservar, promover, recuperar ou conviver com as limitações e modificações que a doença acarreta.

A Teoria do Déficit de Autocuidado: é onde o enfermeiro se porta como o que promove o autocuidado, diante da insuficiência do paciente.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem: Nesta teoria, Orem classifica três conjuntos de enfermagem para os requisitos de autocuidado: Sistema Totalmente Compensatório, neste o paciente, devido suas ações estarem restritas, é incapaz de realizar o autocuidado; Sistema Parcialmente Compensatório, aqui é onde o enfermeiro e o paciente realizam medidas de cuidado; Sistema Apoio-educação, no qual o paciente realiza e regula suas atividades de autocuidado e o enfermeiro auxilia para que este seja um agente de autocuidado (Raimondo et al., 2012).

3. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo relato de experiência, que visa observar e acompanhar determinada situação e discutir a respeito dela.

O estudo foi desenvolvido durante a disciplina teórico-prática de saúde mental no 2º semestre de 2018 do curso de enfermagem em uma residência localizada na zona norte da cidade de Manaus, onde ocorreram as visitas domiciliares

A coleta de dados se deu através do método observacional, com auxílio de diário de campo, desta forma foi possível elencar todo processo de acolhimento e assistência dada ao paciente nesta instituição.

A análise do conteúdo foi realizada a luz da teoria de Dorothea Elizabeth Orem, a Teoria do Auto Cuidado, que defende que a enfermagem deve orientar e incentivar os pacientes a terem autonomia no seu processo de tratamento

4. Resultado e Discussão

Cotidiano do paciente

A experiência se passa na cidade de Manaus-AM, durante os anos de 2018 até 2020. A idosa, hoje está com 68 anos, possui um diagnóstico de esquizofrenia há mais de 35 anos. Observamos uma grande dificuldade para o autocuidado. Para tomar seu banho sempre precisa de ajuda das filhas, pois é resistente. Consegue tomar seu banho de forma rápida e não muito eficaz, porém sempre com acompanhamento. Já a higiene bucal, é feita regularmente por suas filhas, pois, a paciente mostra resistência e fica nervosa quando precisa realizar o cuidado. Mesmo com essas dificuldades, as filhas incentivam a idosa a tomar seu banho sozinho e se cuidar.

De acordo com Oliveira & Fascina & Siqueira Júnior (2012), diante de tantas dificuldades que ocorrem nesta doença, é extremamente importante valorizar as atividades que o paciente ainda consegue fazer sozinho, uma dessas atividades é o autocuidado. O autocuidado é quando a preservação da capacidade de fazer parte do controle do seu tratamento é estimulada, além da autonomia no ambiente em que o portador da doença vive; é ser capaz de cuidar de si mesmo diante dos obstáculos que a doença trás em vários aspectos da vida. O fundamental é fazer o paciente se sentir participante ativo na construção de sua história.

Notamos que a idosa varia de comportamento durante os dias. Há períodos que a mesma está submersa em seus próprios pensamentos, e ninguém consegue se comunicar, pois ela não responde quando lhe chamam. Há dias onde ela mostra profunda depressão, chora copiosamente e diz que tem forte desejo de morrer. Inclusive as filhas relatam 3 episódios em que a mesma tentou suicídio.

Segundo Bressan (2020), os sintomas depressivos em pacientes esquizofrênicos são bastante frequentes em todas as fases da doença. Isso está relacionado à aspectos negativos do desfecho clínico, acarretando maiores taxa de recaídas, pior qualidade de vida e suicídio. O acompanhamento desses pacientes deve ser severo, envolvendo equipe multidisciplinar e familiares. Em média 10% dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia cometem suicídio, e em mais de 60% desses indivíduos o suicídio está associado a sintomas depressivos.

E há também os dias em que a idosa está extremamente agressiva. Bate em seus familiares ou em qualquer pessoa que tente se aproximar. Notamos vários episódios de agressões da mesma, que não consegue se controlar, e acaba machucando seus entes.

Essas são características comuns da doença de acordo com Oliveira & Fascina & Siqueira Júnior (2012), onde o indivíduo perde a noção do que é ou não é real, passando a viver num "mundo substituto" repleto de percepções visuais, auditivas e sensitivas que somente ele vê, somente ele ouve e somente ele sente, ou seja, os sentimentos ocasionados pela nova realidade são vividos de forma solitária.

Com todos esses eventos, observamos os inúmeros riscos tanto para a idosa quanto para seus familiares; todos os dias suas filhas precisam esconder objetos que representam riscos, como facas, tesouras entre outros, pois sabem que se deixarem em locais onde a idosa tem acesso, a mesma poderá se machucar e machucar quem estiver por perto.

Diante disso tudo, como acadêmicas tivemos a oportunidade de sentir, mesmo que não na mesma proporção, as angústias dessa família e todo o impacto que eles tiveram com esta terrível doença.

Dificuldades dos familiares

São inúmeras as dificuldades que a família do paciente esquizofrênico precisa enfrentar. Essa paciente, idosa, possui 4 filhas, todas casadas e com seus filhos e carreiras. A vida das filhas desta paciente mudou completamente, suas profissões, rotinas e até mesmo casamentos foram afetados. Observou-se que no início do último surto, que ocorreu em 2014, onde a idosa passou a piorar bastante, ela morava com uma de suas filhas de forma fixa, porém com o avanço da doença essa mesma filha precisou dividir o trabalho com as demais, por não aguentar a sobrecarga. Então a idosa passou a ficar 1 mês com cada filha. Essa estratégia também não deu certo, pois, com o tempo nenhuma das filhas estavam aguentando, observou-se que a idosa do momento que acordava até o momento que iria dormir se mostrava extremamente inquieta e agressiva, chegando até mesmo machucar seus netos, que são crianças pequenas. Hoje a idosa fica uma semana com cada filha.

Isso tudo causa o que chamamos de “sobrecarga familiar”, que segundo Souza Filho et al, (2010) é o impacto que a presença do indivíduo em sofrimento mental em ambiente familiar provoca e isso engloba os aspectos econômicos, sociais e emocionais em que os familiares encontram-se inseridos.

Esses são somente alguns dos desafios enfrentados, além desses, a dificuldade financeira se instalou na vida dessa família. A idosa é aposentada, porém os custos com o tratamento da mesma são mais altos que sua aposentadoria. A situação piorou quando em 2016 a idosa em um dos seus surtos, subiu em uma cadeira de plástico, caiu e quebrou sua perna, precisando ser operada, e contraindo diversos outros problemas nesse período, como por exemplo lesões por pressão devido ao tempo que ficou acamada. Com todas essas situações os gastos dos familiares aumentaram consideravelmente para suprir os custos da idosa.

De acordo com Souza Filho et al, (2010), com o movimento da reforma psiquiátrica, os familiares passaram a ser os principais provedores financeiros dos cuidados que são necessários no tratamento de pacientes psiquiátricos. Porém isso traz outro ponto a ser discutido, pois, por outro lado, essas mesmas famílias encontram-se abandonadas e muitas vezes sem o conhecimento necessário em relação aos males que afligem seu ente querido, sendo assim o novo modelo de assistência prestado chamados de modelos substitutivos de atenção em saúde mental, são consideradas insatisfatórias devido seu modo de ajudar os familiares no enfrentamento da doença mental.

Essa família também precisa lidar com o medo, com as angústias de pensar em desenvolver esta doença, por vezes as filhas contam suas incertezas, ansiedades e choram, imaginando que elas ou seus filhos possam passar por esta situação.

Ainda segundo Souza Filho et al, (2010), a família também se sente culpada pelo sofrimento enfrentados por seu parente e passa a apresentar ansiedade por não saber como agir diante de alguns comportamentos apresentados ou com a imprevisibilidade que o paciente por vezes apresenta.

Um dos problemas enfrentados tanto pelo paciente quanto pela família é o preconceito da sociedade. Nesse caso específico, observamos que a família deixou de frequentar muitos lugares quando estão cuidando da idosa, pois nem todos entendem, e se afastam ou até mesmo lançam olhares “desconfiados”. Segundo a família isso acaba por isolar cada vez mais a idosa, pois, a mesma não possui uma rede de apoio e fica muito tempo sem companhia.

Sousa & Pinho & Herrera (2017), relata que o suporte social acaba reduzindo os impactos de perturbações como a esquizofrenia. Pessoas esquizofrênicas possuem uma rede de apoio social bem pequeno comparado as pessoas sem histórico de doenças mentais, as redes dos esquizofrênicos frequentemente passam a ser diminuídas pelos próprios familiares.

Com relação aos cuidados de enfermagem, na esquizofrenia o enfermeiro age como uma espécie de mediador, visto que a enfermagem psiquiátrica está embasada no

relacionamento enfermeiro/paciente. Nesse contexto o enfermeiro tem como dever observar os aspectos biopsicossociais do seu paciente.

Se tratando do corpo, o enfermeiro deve analisar os efeitos das medicações e acompanhar a evolução geral da doença; se tratando da mente há várias medidas que podem ser tomadas, como por exemplo: visitas domiciliárias, a inclusão do paciente em grupos onde ocorrem trabalhos e oficinas voltadas para pacientes com esse tipo de transtorno. A literatura mostra também que a assistência de enfermagem voltada para os familiares tem obtido grande sucesso, essa assistência é avaliada e aplicada de acordo com cada família, assim a equipe de enfermagem consegue melhorar a convivência familiar como um todo.

Como descreve Giacon & Galera (2006), a avaliação das necessidades específicas de cada paciente e as ações de enfermagem devem ser aplicadas de acordo com a individualidade de cada família. Dessa forma, consegue se obter uma organização dos sintomas de cada paciente e uma prevenção para futuros episódios, e com isso o enfermeiro consegue uma melhora na qualidade de vida do grupo familiar, evitando a deterioração definitiva que leva o paciente a uma incapacidade mental.

Um dos cuidados que podemos citar aos familiares é justamente ter um cuidado com a sua saúde mental, evitando situações de grande estresse e gatilhos mentais, como relacionamentos abusivos, uso de drogas, abuso de álcool, entre outros. Isto se aplica a idosa, que passou por grandes traumas antes e durante a descoberta de sua doença, a mesma perdeu seu filho mais novo, seu irmão e logo depois se divorciou, ou seja, houve muita dor e sofrimento na vida desta idosa.

Incluindo nesse contexto, a Teoria do autocuidado, podemos relatar algumas intervenções acerca da idosa em questão, onde o enfermeiro pode atuar diretamente.

Quadro 1. Intervenção de Enfermagem.

Diagnóstico De Enfermagem	Intervenções De Enfermagem
Déficit de auto cuidado para banho e higiene	<ul style="list-style-type: none">• Orientar E Acompanhar A Realização Do Banho, De Forma Segura, Rápida E Eficiente.• Estimular O Paciente E Os Familiares Acerca Do Auto Cuidado. Enfatizando Métodos Lúdicos A Serem Incluídos.• Promover A Saúde Oral
Déficit de auto cuidado para alimentação	<ul style="list-style-type: none">• Auxiliar Durante A Alimentação.• Buscar Meios Lúdicos Que Atraíam A Atenção Do Paciente.
Comunicação Comprometida	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar A Comunicação Familiar Através De Novas Modalidades de Expressão (Pintura, Bloco De Notas, Uso De Imagens, Entre Outros).• Encorajar A Expressão De Sentimentos.
Comportamento de saúde propenso a risco	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver Uma Comunicação Terapêutica.• Inclusão Em Grupos De Apoio.• Busca Por Dispositivos De Saúde E Auxiliares Que Promovam Tal Melhora A Exemplo Caps.• Avaliação Da Saúde Garantindo Vínculo E Continuidade Dos Cuidados À Saúde Prestados.
Sobrecarga de estresse	<ul style="list-style-type: none">• Discutir Com Os Familiares Maneiras De Aliviar A Sobrecarga.• Ofertar Assistência Através Da Visita Domiciliar.
Risco de suicídio	<ul style="list-style-type: none">• Controle Do Comportamento: Autoagressão;• Aconselhamento;• Promoção De Esperança• Treinamento Para Controle De Impulsos;• Prevenção Do Suicídio;• Grupos De Apoio;• Supervisão.• Retirar Objetos Que Possam Ser Usados Para Causar Autolesão.
Risco De Violência Relacionado A Outros	<ul style="list-style-type: none">• Manter O Ambiente Seguro.• Controlar Comportamento.• Manter Observação Contínua Do Paciente.• Manter Contenção Física, Se Necessário, E Avaliar Condições Dos Membros Contidos.• Atentar Para Risco De Suicídio.
Interação Social Prejudicada	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer O Aumento Da Socialização E Das Habilidades Sociais.• Escutar Ativamente.• Encaminhar Para Terapia De Grupo.

Fonte: Autores, (2020).

Como futuras enfermeiras, entendemos o quão complexo é nosso papel diante dessa doença, mas também entendemos que essas pessoas precisam de nós, não só o paciente como também sua família. Precisamos estar capacitados e sensibilizados com a história dessas pessoas.

Segundo Carvalho (2012), tem crescido cada vez mais a preocupação dos profissionais de saúde em relação a saúde mental. Os enfermeiros têm um papel extremamente importante na reabilitação das pessoas com perturbações psiquiátricas. Para isso, é fundamental uma sensibilização muito maior nesta área.

5. Considerações Finais

Até hoje ainda não se sabe a causa desta doença. Sabemos que é uma doença que traz muito sofrimento para o paciente e seus entes queridos. Acreditamos que ainda precisamos avançar em muitos pontos para chegarmos em uma rede de apoio satisfatória para estes indivíduos.

Não podemos, como sociedade e principalmente como profissionais de saúde, contribuir com o preconceito relacionado a esses pacientes. A doença mental não deve mais ser um tabu, pelo contrário, devemos falar cada vez mais sobre isso, pois, só assim encontraremos maneiras de ajudar estas pessoas.

Recomenda-se mais estudos acerca de um tratamento especializado para os familiares do portador da esquizofrenia além de educação em saúde para essas famílias, recomenda-se também treinamento para os profissionais de saúde que trabalham na área de saúde mental, pois muitas vezes esses mesmos profissionais não sabem como agir diante dos surtos de um paciente com esse diagnóstico.

Referências

Brasil. (2013). Portaria nº 364, de 09 de abril de 2013. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas-esquizofrenia. Diário Oficial da União.

Bressan, R. A. (2000). A depressão na esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 27-30.

Carvalho, J. C. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 52-57.

Feijó, L. P., Motta, S. G., Saldanha, R. P., Kubrusly, M., & Augusto, K. L. (2019). Diminuição do Estigma sobre Transtorno Mental após Internato em Psiquiatria do Curso de Medicina de Duas Instituições em Fortaleza (CE). *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(4), 141-150.

Fonseca, L. M. D., & Galera, S. A. F. (2012). Expressões utilizadas por familiares ao relatarem experiências de conviver com o adoecimento mental. *Acta Paul Enferm.*, 25(1), 61-67.

Giacon, B. C. C., & Galera, S. A. F. (2006). Primer episodio de la esquizofrenia y asistencia de enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(2), 286-291.

Lopes, T. S., Dahl, C. M., Serpa Jr, O. D. D., Leal, E. M., Campos, R. T. O., & Diaz, A. G. (2012). O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 21, 558-571.

Lukasova, K., de Macedo, E. C., Valois, M. C., Macedo, G. C. D., & Schwartzman, J. S. (2007). Percepção de expressões faciais em pessoas com esquizofrenia: movimentos oculares, sintomatologia e nível intelectual. *Psico-USF*, 12(1), 95-102.

Marques, N. A., Toledo, V. P., & Garcia, A. P. R. F. (2012). Significação da psicose pelo sujeito e seus efeitos para a clínica da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 116-120.

Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(4), 680-688.

Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R., & Siqueira Júnior, A. C. (2012). La realidad del vivir con esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 309-316.

Peixoto, M. M., Mourão, A. C. D. N., & Serpa Junior, O. D. D. (2016). O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 881-890.

Raimondo, M. L., Fegadoli, D., Méier, M. J., Wall, M. L., Labronici, L. M., & Raimondo-Ferraz, M. I. (2012). Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 529-534.

Sales, C. A., Schülhi, P. A. P., Santos, E. M. D., Tironi, N. M., D'artibale, E. F., & Salci, M. A. (2011). Sentimentos de familiares sobre o futuro de um ser esquizofrênico: perspectivas para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 551-557.

Silva, R. C. B. D. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia Usp*, 17(4), 263-285.

Sousa, D., Pinho, L. G. D., & Pereira, A. (2017). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 91-101.

Souza Filho, M. D. D., Sousa, A. D. O., Parente, A. C. B. V., & Carvalho e Martins, M. D. C. D. (2010). Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicologia em estudo*, 15(3), 639-647.

Teixeira, M. B. (2005). Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. *Revista Brasileira de enfermagem*, 58(2), 171-175.

Tuleski, S. C. (2019). A Unidade do Psiquismo Humano para Vigotski e a Desagregação desta na Esquizofrenia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Brenda Bianca Moreira De Melo - 33,34%

Gabrielly De Negreiros Souza - 33,33%

Graciana De Souza Lopes - 33,33%