



ESQUIZOFRENIA-UM ESTUDO DE CASO: VIVÊNCIAS RELACIONADAS AO ABANDONO FAMILIAR.

REIS, Dayran Karam dos
TOMÉ, Marta Fresneda

Docentes do curso de Formação de Psicólogos da FAEF/ACEG – Garça – SP.
e-mail: daybydayran@hotmail.com

ARRUDA NETO, Orlando de Paula
ARAUJO, Roberta Cristina da Silva
VIANA, Rosana Fatima

Acadêmicos do curso de Formação de Psicólogos da FAEF/ACEG – Garça – SP.
e-mail: orlando.psiq@hotmai.com

RESUMO

A esquizofrenia é um distúrbio mental que apresenta como característica a perda da realidade, ou seja, a pessoa encontra uma dificuldade em diferenciar a realidade de um mundo subjetivo vivenciado internamente com suas próprias crenças, percepções e pensamentos. Os sintomas ocorrem ao mesmo tempo, mudando o comportamento do sujeito o que confunde muito os cuidadores e familiares. Partindo-se desse pressuposto, este trabalho tem como objetivo um estudo de caso de um indivíduo diagnosticado com esquizofrenia paranóide, com ideação suicida, baixa coesão ao tratamento ambulatorial e sem nenhuma contenção familiar. e procura entender a dinâmica do funcionamento e das vivências desse indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial. O desenvolvimento desta pesquisa se justifica, pois é essencial avaliar o atendimento a esses pacientes, tendo em vista as dificuldades relatadas na literatura e encontradas na prática cotidiana.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Psicologia hospitalar, Transtorno Mental.

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder that presents as a characteristic loss of reality, ie, one finds a difficulty in distinguishing reality from a subjective world experienced internally with their own beliefs, perceptions and thoughts. Symptoms occur while changing the behavior of the subject that confuses a lot carers and family. Starting from this assumption, this study aims at a case study of an individual diagnosed with paranoid schizophrenia, with suicidal ideation, low cohesion to outpatient treatment and without any restraint familiar. and seeks to understand the functioning and dynamics of vivencias that individual within a biopsychosocial context. The development of this research is justified because it is essential to evaluate the care of these patients in view of the difficulties reported in the literature and encountered in everyday practice.

Keywords: Mental Disorder, Psychology hospital, Schizophrenia.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um distúrbio mental que apresenta como característica a perda da realidade, ou seja, a pessoa encontra uma dificuldade em diferenciar a

realidade de um mundo subjetivo vivenciado internamente com suas próprias crenças, percepções e pensamentos incomuns, assim a realidade apresenta-se de uma forma diferenciada e seus pensamentos passam a ser creditados como verdade, sendo que na realidade não estão acontecendo, essas crenças são denominadas de delírios ou alucinações, como por exemplo, achar que esta sendo perseguido, ouvir vozes, ter visões sem que haja um objeto real, entre outras, causando ao mesmo tempo uma anormalidade no relacionamento social e também laboral. (DSM-IV, 2002)

Frequentemente a esquizofrenia costuma se manifestar no início da vida adulta, porém pode também ocorrer casos na infância e adolescência. Sua prevalência atinge em uma esfera mundial cerca de 1 % da população. Não possui uma causa que possa ser especificada, é uma doença que causa uma alteração no funcionamento cerebral e uma desorganização na personalidade.

Os sintomas e a gravidade da esquizofrenia podem variar de indivíduo para indivíduo, e variando também o tipo de esquizofrenia podendo ser diagnosticada como esquizofrenia paranóide, esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia desorganizada, esquizofrenia catatônica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples; o diagnóstico do tipo de esquizofrenia é fundamental para orientar a família ou cuidador e também atribuir o tratamento medicamentoso, que tem como objetivo principal controlar os sintomas, promover a possibilidade de reabilitação do sujeito para a vida, prevenir as recaídas, sendo assim a escolha correta do tipo de medicamento a ser administrado é fundamental para a melhora dos sintomas.

É importante lembrar que os sintomas ocorrem ao mesmo tempo, mudando o comportamento do sujeito o que confunde muito os cuidadores e familiares.

Partindo-se desse pressuposto, este trabalho tem como objetivo um estudo de caso de um indivíduo diagnosticado com esquizofrenia paranóide, e procura entender a dinâmica do funcionamento e das vivências desse indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial. O desenvolvimento desta pesquisa se justifica, pois é essencial avaliar o atendimento a esses pacientes, tendo em vista as dificuldades relatadas na literatura e encontradas na prática cotidiana.

2. Estudo de Caso

O paciente R., 32 anos, nascido na cidade de Ibitinga veio para sua primeira internação no Hospital Espírita de Marília encaminhado por um laudo do SUS, em 23/02/2008, sendo conduzido para Ala dos psicóticos Masculina. Segundo

informações da equipe médica o mesmo apresentava um quadro de psicose crônica, com reagudização de sintomas, ideação suicida, baixa coesão ao tratamento ambulatorial e sem nenhuma contenção familiar.

Diante dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente o mesmo foi diagnosticado com a CID de F20.0, que corresponde a esquizofrenia paranóide. De acordo com o manual do DSM IV a Esquizofrenia Paranóide é caracterizada em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante e o controle relativamente estáveis são tipicamente persecutórios ou grandiosos, ou ambos, mas delírios envolvendo outros temas com: ciúme, religiosidade ou somatização, também podem ocorrer. Os delírios podem ser múltiplos, mas geralmente são organizados em torno de um tema coerente, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias particularmente auditivas e de perturbações das percepções que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. Os temas persecutórios podem predispor o indivíduo ao comportamento suicida, e a combinação de delírios persecutórios e grandiosos como raiva pode predispor à violência. O início tende a ser mais tardio do que em outros tipos de Esquizofrenia, e as características diferenciadoras podem ser mais estáveis ao longo do tempo. Esses indivíduos geralmente apresentam pouco ou nenhum prejuízo na testagem neuropsicológica ou em outros testes cognitivos.

Algumas evidências sugerem que o prognóstico para o Tipo Paranóide pode ser consideravelmente melhor do que para os outros tipos de Esquizofrenia, particularmente com relação ao funcionamento ocupacional e à capacidade para a vida independente.

Passados 209 dias após o tratamento no HEM R. recebeu alta hospitalar melhorada no 09/03/09, sendo encaminhado ao CAPS de sua cidade. Segundo informações do prontuário hospitalar R. teve entrada no HEM após três dias de sua última alta para sua 2ª internação na Ala de psicóticos Masculina e saiu no dia seguinte por Alta Hospitalar à pedido da família, permanecendo apenas um dia hospitalizado. Após 11(onze) dias o mesmo retornou ao HEM para sua 3ª internação

na Ala de psicóticos Masculina relatando reagudização dos sintomas, permanecendo então por 366 dias com Alta Hospitalar Melhorada.

Um mês depois, R. voltou ao HEM para sua 4ª internação na Ala de psicóticos Masculina, com crise de sintomas e ideação suicida, onde permaneceu para tratamento por um período de 479 dias. No período de curto prazo o mesmo retornou ao HEM para a sua 5ª internação na Ala de psicóticos permanecendo por um período de internação de 139 dias, recebendo assim Alta Hospitalar Melhorada.

Duas semanas depois, foi novamente admitido na Unidade da Ala Masculina para sua 6ª internação com um quadro de piora dos sintomas, onde permaneceu por 3 meses, após isso com uma melhora de sintomas o mesmo foi transferido para Ala de moradores externo até o dia atual já que o mesmo não tem contenção familiar e se sente bem no hospital. Esta Ala de moradores é um anexo no hospital onde permanecem alguns pacientes os quais têm condições de permanecerem sozinhos, pois são parcialmente dependentes e amparados com assistência da equipe Médica, do Serviço Social, atendimento Psicólogo, Terapia Ocupacional, Nutrição e da Enfermagem.

Os medicamentos denominados de antipsicóticos são extremamente necessários para o tratamento da esquizofrenia, neste sentido tanto a família, os cuidadores e a pessoa esquizofrênica devem agir ativamente nesse processo medicamentoso, para buscar eficácia no tratamento de na prevenção das recaídas.

De acordo com o estudo de caso realizado, a partir das vivências no período de estagio, podemos constatar a ausência e a negação da família diante do diagnóstico de uma doença mental, sem a cura, contando apenas com o tratamento medicamentoso e suporte hospitalar.

Em relação ao paciente estudado, ficando claro que, os relatos encontrados sobre seu caso frisam que as seis internações das quais ele retornou para o hospital decorreram das vezes que voltada do seio familiar, da rejeição da família, da falta de acolhimento, fazia com que o paciente voltasse novamente ao hospital buscando a internação, até ser abrigado, rompendo assim com a família.

Oliveira (2001), frisa em seu artigo que o convívio com o ser portador de doença mental produz uma grande sobrecarga familiar, que acaba comprometendo a saúde, a vida social, a relação com os outros, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional ou escolar, trazendo inúmeros outros comprometimentos para a família, pois muitas vezes essas famílias além de não se

sentirem preparadas emocionalmente, para enfrentar esta situação, sentem-se desamparadas, ou seja, não sabem lidar com uma pós-internação.

Este evento é bem claro dentro do caso que encontramos no campo de estágio, uma vez que este paciente não conseguia conviver em família, com um altíssimo grau de reincidência de internações, apesar de não termos encontrado relato vindo da família, pois a mesma não mantém vínculo com o paciente, através das falas do paciente, percebemos toda a dificuldade encontrada pela família no enfrentamento a internação.

Oliveira (2001) destaca que em determinados momentos, a família apresenta certa ambiguidade de sentimentos, que se manifestam em resposta às atitudes agressivas do seu familiar doente, principalmente perante os primeiros sinais da doença, pois a questão da internação também tem um fator cultural muito forte embutida, e faz com que a família tenha ainda mais essa ambivalência de sentimentos, que variam muitas vezes, como cita o autor, entre sentimento de impotência e mágoa, pois não entende o porquê de ser agredida. No caso da esquizofrenia com delírio persecutório, pode acarretar variáveis conseqüências, uma vez que ele se sente perseguido por um ou por vários membros da família, causando assim uma crise familiar em muitos casos.

O paciente R. relatou sobre sua dificuldade que teve em conviver com os irmãos, e também dos dois relacionamentos rompidos uma vez que as crises de ciúmes acabaram sempre causando a separação. Relatou episódios de fuga da casa da irmã, por não se sentir aceito pela família, e se sentia perseguido pelo cunhado. Mesmo os familiares pedindo sua volta, buscando meios de inserir ele no convívio familiar, a situação se tornou para ele insustentável, e acabou por se refugiar dentro dos hospitais.

A convivência com a doença mental, por parte da família, pode ser permeada por vários sentimentos, segundo Oliveira (2001), entre eles, a tristeza, a angústia, o medo, a esperança e a desesperança, bem como, um intenso sofrimento que a acompanha, toda vez que seu familiar doente entra na crise aguda da doença, e a necessidade de várias reinternações no hospital psiquiátrico, faz com que a esperança em relação às possibilidades de cura diminua. Nestes momentos é que as equipes de saúde podem tornar-se uma fonte de apoio e sustentação para a família. Por isso, o papel dos profissionais da área da saúde é fundamental, bem como aqueles que têm contato direto com eles e por isso acabam se tornando a

única referência de afeto que os pacientes possuem, pois geralmente estão anos dentro desses hospitais abandonados pela sua família.

O caso do paciente R., em muitas situações, a integração dos estagiários, a forma de abordar, de oferecer um serviço de escuta, fez com que ele se sentisse mais calmo, e podemos perceber que no começo ele era apático em relação às atividades propostas, e à presença dos estagiários, porém com insistência, trouxe uma aceitação por parte do paciente, que começou a relatar fatos importantes de sua vida e participar das recreações.

Esses fatos reforçam assim, a importância que tem os membros da área da saúde na vida dos pacientes, pois como cita Fossi e Guareschi (2004), nos hospitais gerais, faz-se necessário a escuta terapêutica com usuários, e, conseqüentemente, a escuta de seus familiares. A escuta por parte dos familiares, dentro do hospital se torna algo muito difícil, em alguns dos casos os familiares se isentam de qualquer responsabilidade dentro do tratamento, e infelizmente abandonando por completo o paciente dentro de uma instituição.

O papel do psicólogo ainda vai, além disso, pois, não é somente da ajuda médica que é preciso para que o tratamento seja bem sucedido, segundo Fossi e Guareschi (2004) o ser humano é muito mais que um corpo físico, e assim, o atendimento integral à saúde é indiscutível. Segundo as autoras, a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcance a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente e assim, transcendendo a noção de conceito de saúde, de que a ausência de enfermidade significa ser saudável.

Por meio do estágio realizado, foi possível vivenciar toda essa interação entre equipes, pois durante esse período tanto os médicos, enfermeiros e auxiliares, ajudaram muito oferecendo orientações, como também assistentes sociais e terapia ocupacional, que realizam um trabalho com os pacientes, de forma integralizada.

Assim como destaca Fossi e Guareschi (2004), o trabalho em equipe mostra-se fundamental para o atendimento hospitalar, na medida em que médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e os demais profissionais envolvidos nesse atendimento estabeleçam uma integração, como é no caso do hospital onde foi realizado o estágio, para ter um atendimento humanizado, contemplando assim, outras necessidades dos usuários.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do hospital a psicologia hospitalar não se limita ao usuário ou à instituição, segundo Fossi e Guareschi (2004), conta também com especificidades que auxiliam todo o trabalho da equipe médica. O psicólogo no hospital escuta o usuário, a família do usuário, os outros membros da equipe e a opinião médica.

Nas pesquisas realizadas pode se notar também por Fossi e Guareschi (2004), que no dia-a-dia do hospital os psicólogos muitas vezes ocupam o lugar de tradutores entre os médicos e os usuários. Pois muitas vezes, os pacientes relatam não somente a parte orgânica, mas sim, sua subjetividade.

Como exemplo disso, o paciente Reinaldo em uma das visitas feitas pelos estagiários, verbalizou que estava com dores no peito, quando na verdade estava ansioso, e após o estagiário realizar a escuta desse paciente, passar orientações em relação a sua ansiedade, o paciente apresentou melhoras em suas dores.

O trabalho realizado pelos estagiários, foi possível devido à colaboração não somente da equipe de psicólogos do hospital, mas também, da equipe de enfermagem e terapia ocupacional, principalmente, por passar informações importantes sobre os pacientes de uma forma geral, promovendo acúmulo de materiais e conhecimento necessário para a realização de atividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, J.C; VILLARES, C.C; BRESSAN, R.A. **Esquizofrenia Manual da família e do Cuidador**. São Paulo: Editora Planmark, 2009.

CID-10(1993) - **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas** - Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano - Porto Alegre: Artes Médicas.

DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002

FOSSI, L. B; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH - Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2004 .

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 nov. 2012.

OLIVEIRA, A. M. N. **Os sentimentos da família frente a facticidade da doença mental**. Família Saúde Desenvolvimento, Curitiba, v. 3, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/jspui/1/1141>>. Acesso em: 11 nov. 2012

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.