

**CENTRO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA PAULA
SOUZA - ETEC PROF. MÁRIO ANTÔNIO VERZA
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**SAÚDE MENTAL:
ESQUIZOFRENIA**

**Eliane Lourenço Ribeiro
Jaqueline Cardoso de Souza
Mary Aparecida Rossini Góes
Rosiany Gomes Longo**

**Palmital
2012**

Eliane Lourenço Ribeiro
Jaqueline Cardoso de Souza
Mary Aparecida Rossini Góes
Rosiany Gomes Longo

**SAÚDE MENTAL:
ESQUIZOFRENIA**

Pré-projeto apresentado ao Curso de Técnico em Enfermagem como requisito parcial ao desenvolvimento da Monografia.
Orientador: Professora Enf. Marislene dos Santos.

Palmital
2012

CENTRO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA PAULA SOUZA
- ETEC PROF. MÁRIO ANTÔNIO VERZA
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Banca Examinadora da monografia apresentada ao curso de Técnico de Enfermagem da Etec Prof. Mário Antônio Verza, para obtenção do grau Técnico em Enfermagem.

Resultado:

ORIENTADOR: _____
Prof. Enf. Marislene dos Santos

1ºEXAMINADOR: _____
Prof. Enf. Fernanda Delantonia.

2ºEXAMINADOR: _____
Prof. Enf. Coordenadora Aline Grazielle Godoy Duarte

Palmital, 29 de novembro de 2012.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao nosso Deus, nossos professores, que sempre nos guiou e nos orientou o caminho a percorrer, a professora da matéria de TCC, nossa orientadora e nossos familiares.

Nossos amigos do curso, pois todos sabem o sacrifício que foi esses dois anos, de muita dedicação e sabedoria.

Principalmente para aqueles que não acreditaram está aí á prova, do nosso esforço e agora que venha a nossa vitória.

EPÍGRAFE

Profissional de enfermagem

O branco de sua roupa transmite a paz;

O calor do seu coração aquece a alma;

A sua dedicação levanta o ânimo.

O seu sorriso alegra o coração.

O seu carinho faz muita diferença.

O seu toque transmite energia.

Por isso, você é uma dádiva de Deus,
na vida daqueles, que precisam de sua dedicação.

Autor: Desconhecido

SUMÁRIO

1. HIPOTESE	09
2. JUSTIFICATIVA	10
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.	11
4. OBJETIVOS.	12
4.1- Objetivo Geral	12
4.2- Objetivo Específico.....	12
5- RESUMO.	13
6- INTRODUÇÃO.	14
7. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.	15
7.1 Breve Histórico da Psiquiatria.....	15
7.2 Reforma da Psiquiatria.....	17
8- PROCESSO HISTÓRICO DA ESQUIZOFRENIA	18
9- DEFINIÇÃO DA DOENÇA	19
10- TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	20
10.1- Esquizofrenia Simples.	20
10.2- Esquizofrenia Hebefrênica.	20
10.3- Esquizofrenia Catatônica.	20
10.4- Esquizofrenia Paranoide.....	20
10.5- Esquizofrenia Parafrenia	20
11- SINTOMAS POSITIVOS E NEGATIVOS DA DOENÇA.	21
11.1. Positivos.	22
11.2. Negativos.	23
12- SINAIS E SINTOMAS.	24
12.1- Delírios.	24

12.2- Alucinações.	24
12.3- Alterações de Pensamentos	24
12.4- Alterações da Afetividade.....	24
12.5- Alterações de Comportamento.....	24
13- SINTOMAS DE COGNIÇÃO.....	25
13.1- Sintomas Neurológicos	25
13.2- Funcionamento Social.....	25
13.3- Comportamento	26
13.4- Suicídio.	26
13.5- Agressividade.	26
13.6- Manias.....	26
13.7- Solilóquios e risos imotivados.....	27
13.8- Abuso de drogas.....	27
14- DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA.....	28
15- COMO FAMILIARES PODEM COLABORAR COM O PACIENTE.....	29
16- POLÍTICAS PARA SAÚDE MENTAL (LEIS) 10.216 E 10.708.....	30
16.1- LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.....	30
16.2- LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.....	34
17- SINAIS DE BOA RECUPERAÇÃO.....	37
18- O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	38
19-TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA.	39
20- FARMACOLOGIA.....	40
20.1- AMPLICTL.....	40
20.2- HALOPERIDOL.....	41
20.3- NEOZINE.....	43
20.4- FENERGAN.....	44
21- CRONOGRAMA.....	45

22- PERSPECTIVA DE RESULTADOS.....46
23- REFERÊNCIAS47

1- HIPÓTESE

Através dessa abordagem, relataremos sobre o tema esquizofrenia, temos a intenção de mostrar o que é a doença, com isso expor qual a melhor maneira de ajudar talvez um ente querido, proporcionar uma solução e demonstrar que ele necessita de apoio tanto dos profissionais quanto da família.

Não podemos dar as costas para esse portador, pois ele não tem culpa e muitas vezes nem sabe o que se passa com ele, confundido a realidade e os surtos psicótico sofrido.

2- JUSTIFICATIVA

Esse tema foi escolhido, por se tratar de uma doença a qual não se tem uma certeza ou clareza ainda, mostrando as pessoas que os portadores dessa doença, ele pode e deve conviver em sociedade, essa doença não tem cura, mas pode ser amenizada através de tratamento tanto por medicamento, quanto terapia, sempre reforçando o apoio familiar, pois isso é o principal, para a melhora desse portador.

3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo bibliográfico, através de livro e levantamento de artigos científicos na base de dados:

Para a localização dos artigos foram usadas as seguintes palavras-chaves: esquizofrenia, enfermagem, paciente e família, entre outras...

4- OBJETIVO (S)

4.1 - Objetivo Geral:

Levar a população informações sobre a doença esquizofrenia, como ela pode se manifestar e as formas de tratamento.

Assistência de enfermagem aos pacientes esquizofrênicos, analisar os cuidados de enfermagem diante as principais complicações que acometem os pacientes esquizofrênicos.

4.2 - Objetivo Específico:

Determinar o perfil do paciente esquizofrênico; identificar as principais complicações desenvolvidas; determinar a assistência de enfermagem ao paciente esquizofrênico.

A esquizofrenia é uma doença crônica que causa uma significativa incapacidade nos paciente, tornando-se um grave problema da saúde pública. Seus sinais e sintomas aparecem em diferentes graus e formas variando de paciente para paciente.

5- RESUMO

A esquizofrenia é uma doença crônica grave e incapacitante, uma das que mais causam problemas para a saúde pública, além disso, causando sofrimento para o portador da doença e seus familiares.

É um transtorno que limita o paciente, fazendo que esse tenha cuidados direcionados por familiares e profissionais da saúde. Afeta em torno de 1% da população, no Brasil, são registrados 56.000 casos por ano. O primeiro episódio ocorre geralmente no fim da adolescência, a família passa por momentos estressantes e de muito sofrimento, provocando a desestrutura familiar, modificando toda a rotina da mesma.

Seus sinais e sintomas aparecem em diferentes graus e formas variando de paciente para paciente. Podendo ter outros sintomas, como dificuldades em concentração, desconfiança excessiva, indiferença. Dependendo de como os sintomas se agrupam, é possível caracterizar os subtipos de esquizofrenia.

Somente após os sinais e sintomas persistirem, é que a família passa a desconfiar que há algo de errado e vão em busca de um profissional qualificado.

Após o diagnóstico, a família do portador passa a viver com certa tranquilidade, não exatamente como antes, mas já pode respirar mais tranquila, sabendo que seu ente querido está tendo um acompanhamento de profissionais e o mesmo segue com o tratamento.

A família, nesse momento também precisa de uma ajuda psicológica, pois estará ocorrendo mudanças severas no seu dia-a-dia, por causa da doença.

O objetivo é passar conhecimento, orientar e informar os portadores da doença e seus familiares como conviver com a mesma tendo uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Paciente, Família.

6- INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma desordem cerebral crônica grave e incapacitante, que afeta em torno de 1% da população no Brasil, são registrados 56.000 casos por ano.

Pessoas com esquizofrenia podem escutar vozes e acreditar que os outros estão lendo, controlando seus pensamentos ou querendo lhe fazer mal.

Essas experiências são aterrorizantes e podem causar medo, recolhimento ou agitação extrema.

Pessoas com esquizofrenia podem ter falas que não fazem sentidos, ficando sentadas por horas sem se mover ou falando muito pouco, ou podem parecer perfeitamente bem até falarem o que realmente estão pensando.

Pessoas com esquizofrenia podem ter dificuldades de manter um emprego ou cuidar de si mesmas, deixando esses cuidados para sua família.

A esquizofrenia começa mais frequentemente, entre os 18 e os 25 anos nos homens e entre os 26 ou 45 anos nas mulheres. No entanto, não é raro que comece na infância ou cedo na adolescência.

Essa sendo um desafio para cientistas, psiquiatras e estudiosos, porque a esquizofrenia não é apenas uma patologia, mas a junção de várias doenças mentais.

Existem vários tipos de esquizofrenia e muitos desconhecidos, desafiando a inteligência humana. Portanto o portador de esquizofrenia deve ser tratado com respeito.

Esse paciente deve ser chamado pelo nome, e principalmente nos momentos de crise, pois são pessoas especiais e não diferentes; não possui controle sobre a crise sendo assim necessitam de atenção e compreensão dos profissionais de saúde e dos familiares principalmente, pois eles que irão conviver por mais tempo com o portador.

O objetivo é passar conhecimento, orientar e informar os portadores da doença e seus familiares como conviver com a mesma tendo uma melhor qualidade de vida.

7- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

7.1 Breve Histórico da Psiquiatria

A tão conhecida loucura é antiga quanto ao homem, passando anos seguindo a evolução da sociedade, as pessoas portadoras de transtornos mentais, passaram séculos em hospitais fechados, os manicômios como forma de tratamento.

Os portadores de transtornos mentais, na antiguidade, eram visto por deuses como portadores de maus espíritos, eram tratados com banhos, orações e torturas aliviando seu destino (Tavares, 1997).

O grande marco foi protagonizado pelo Phillippe Pinel (1745-1826), conhecido como pai da psiquiatria moderna, ele começa a estudar os comportamentos dos portadores de transtornos mentais e passa a separá-los dos marginais dentro do manicômio.

Passando a nascer a psiquiátrica dentro dos asilos, por necessidade de cuidar, proteger e tratar os indivíduos que possuíam loucuras. Esses viviam excluídos pela sociedade, durante séculos. Desde o Brasil Império, os portadores de transtornos mentais, eram excluídos, por senso comum os loucos.

Foi inaugurado no Brasil, o primeiro hospício em 1852, Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, surgindo muitos outros nas capitais dos Estados.

As zonas rurais, também possuíam hospícios, esses recebiam o nome de colônia, os portadores se tratavam em meio á natureza, onde por si só já ajudava no tratamento, eles trabalhavam nas lavouras, olarias entre outras atividades braçais.

Conforme relata (Pinto 2004), no Rio de Janeiro foram construídas duas colônias: uma no Engenho de Dentro para as mulheres e a outra em Jacarepaguá para os homens.

No fim dos anos 50, os hospícios, estavam com lotação, na cidade de Juqueri São Paulo, com quase 15 mil pacientes, São Pedro em Porto Alegre com 3.200, as vagas era de abrigar apenas 1.700 pacientes. Os pacientes consideravam os hospícios, como último estágio de vida, muitos só saíam dessas instituições mortos, outros eram enterrados no próprio cemitério do hospital.

Conforme (Serrano 1985), os tratamentos passaram por muitas mudanças, pois no início os portadores de transtornos eram tratados, por contenções físicas, para conter a agitação, com o avanço dos estudos na área, passaram a utilizar: hidroterapias, choque insulínico, lobotomias, choques sépticos, eletrochoques,

apenas na década de 60, começaram a utilizar os psicotrópicos ganhando o mercado, passado varias décadas era possível ver muitos pacientes internados, sob efeito de contenção química, com altas doses de medicamentos.

Os hospitais psiquiátricos, apenas mostravam que não contribuía nada n quadro de recuperação do paciente, fazendo apenas o mesmo ficar excluído do convívio familiar, trabalho e social. Esse apenas piorava, perdendo suas referências tanto familiares quanto social, ficando privado de exercer seu direito garantido pela sociedade moderna, a cidadania.

7.2 Reforma da Psiquiatria

Essa nova reforma, veio para transformar a assistência prestada ao portador de transtornos mentais, oferecendo um novo estatuto, principalmente na área de cidadania. Fazendo assim a necessidade de humanização no atendimento ao portador de transtornos mentais.

Dessa forma, ela pretendia acabar apenas com os tratamentos em manicomial, onde os pacientes ficavam excluídos da sociedade, em hospitais psiquiátricos fechados.

Com essa nova e humanitária forma de cuidar, os pacientes ganharam equipes de multidisciplinares e acompanhamentos terapêuticos. Passando a obter direitos tanto sobre o tratamento, quanto na conquista de firmar convênios com serviços comunitários, assim promovendo a integração no meio social, cultural e econômica de seus usuários.

De acordo com Rotelli (1990), para se garantir a liberdade terapêutica, no trabalho prático é necessário:

- Possibilitar o enriquecimento tanto profissional, espaços de autonomia e da decisão;
- Construção de uma nova política em saúde mental;
- Construção de ambientes externos, substituindo as internações no manicômio;
- Modificar a relação de poder, entre instituição e paciente;
- Mobilização de todos envolvidos, tanto médicos, psicólogos, técnicos e pacientes;
- Promover a capacidade de autoajuda e autonomia das pessoas.

Conforme Amarante (2003), os termos saúde mental e doença mental, ambos passam a ser compreendidos como parte da vida, sendo essa, a vida é entendida como conjunto complexo, pois a relação saúde e doença produz um processo de permanente de interação entre elas, com isso surge um novo modelo de assistência, o qual recebe o nome de atenção psicossocial.

Fazendo assim, a reabilitação psicossocial, onde os profissionais que prestarão serviços desempenham com em promover esse cuidar com ética e com responsabilidade as pessoas que dele necessitam.

8- Processo Histórico da Esquizofrenia

A esquizofrenia vem do termo criado pelo psiquiatra Eugen Bleuler em 1908. Ao longo dos tempos houve grandes debates sobre esquizofrenia. Foram elaboradas inúmeras estratégias de tratamentos, mas nenhuma foi eficaz ou suficiente, dois fatores estão tendo aceitação entre os clínicos, a primeira é que a esquizofrenia não tem uma única causa, e sim são decorrentes de uma combinação de predisposições genéticas disfunções bioquímicas, fatores fisiológicos e mentais.

O segundo fator é que não há e nunca vai haver tratamento único que efetue a cura do distúrbio, o tratamento eficaz requer esforço multidisciplinar, psicoterapia e diversos tipos de cuidados psicossocial, como treinamento de capacidades de vida e social, reabilitação e terapia de família.

Entre todas as doenças mentais na sociedade, a esquizofrenia causa hospitalizações mais longas, muitos transtornos na vida familiar, custos elevados para o governo e medo, pois a pessoa com doença esquizofrênica pode ser uma ameaça para as pessoas que a cercam se não estiverem em constante tratamento.

9- Definição da Doença

Esquizofrenia é um tipo de sofrimento psíquico acometido pela perda do contato com a realidade, a pessoa fica fechada com olhar perdido indiferente a tudo que passa ao seu redor, começa ter alucinações, delírios e ouve vozes que ninguém mais escuta imagina estar sendo vitima, e que alguém esta tramando contra ela.

10- TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

10.1- Esquizofrenia Simples: no quadro a esquizofrenia simples aparece como sintomas fundamentais, o empobrecimento da vida afetiva e indiferença emocional.

10.2- Esquizofrenia Hebefrênica: entende-se, atualmente, um dos quadros clínicos da esquizofrenia que, em geral, tem início entre 15 e 25 anos de idade, e conduz através de um desenvolvimento lento ou, as vezes, rápido. Há alteração básica consiste em distúrbios do pensamento.

10.3- Esquizofrenia Catatônica: caracteriza-se pela alternância de períodos de inibição e excitação, os sintomas são manifestados entre 15 e 25 anos.

10.4- Esquizofrenia Paranoide: caracteriza-se pela predominância de delírios e alucinações.

10.5- Esquizofrenia Parafrenia: sintomas delirantes e alucinações, evolução crônica, sem remissões, além de delírios intensos.

11- Sintomas Positivos e Negativos da doença

A divisão dos sintomas psicóticos em positivos e negativos tem como finalidade dizer de maneira objetiva como está o paciente. Tendo como ponto de referência a normalidade, os sintomas positivos são aqueles que deveriam estar presentes como as alucinações, e os negativos aqueles que deveriam estar presentes, mas estão ausentes, como o estado de ânimo, a capacidade de planejamento e execução. Portanto sintomas positivos não são bons sinais, nem os sintomas negativos são piores que os positivos.

11.1- POSITIVOS:

Alucinações- as mais comuns nos esquizofrênicos são as auditivas. O paciente geralmente ouve vozes que o humilham, xingam, ordenando atos de suicídio: exemplo: que pule de uma ponte, de um prédio.

Delírios- são ideias ou pensamentos que não corresponde á realidade, das quais o paciente tem convicção absoluta, o paciente acredita que esta sendo vigiado, perseguido, observado por câmeras escondidas, acredita que vizinhos ou pessoas que passam na rua querem lhe fazer mal.

11.2- Negativos:

Falta de motivação e apatia- Esse estado é muito comum, praticamente uma unanimidade nos pacientes depois que as crises com sintomas positivos cessaram.

O paciente não tem vontade de fazer nada, fica deitado ou vendo televisão o tempo todo, frequentemente a única coisa que faz é fumar, comer e dormir. Descuida-se da higiene e aparência pessoal. Os pacientes apáticos não se interessam por nada, nem pelo que costumavam gostar.

Os sintomas negativos não devem ser confundidos com depressão. A depressão é tratável e costuma responder às medicações, já os sintomas negativos da esquizofrenia não melhoram com nenhum tipo de antipsicótico. A grande esperança dos novos antipsicóticos de atuarem sobre os sintomas negativos não se concretizou, contudo esses sintomas podem melhorar espontaneamente.

12- SINAIS E SINTOMAS

A esquizofrenia ela se manifesta de diversas formas variáveis tornando-se difícil identifica-la na fase inicial. Os sintomas são formados em dois grupos, chamados de sintomas positivos e sintomas negativos.

Sendo os sintomas positivos, são a falta de clareza, lucidez e ocorrendo aos delírios, as alucinações e a desordem do pensamento. Já os sintomas negativos, são pela perda ou diminuição da afetividade, motivação e acabando se retraindo o lado social.

Os sintomas mais comuns são:

12.1- Delírios: o individuo passa a ter ideias ou pensamentos, que não condiz á realidade, o portador tem convicção que está sendo vigiado ou perseguido por vizinhos ou até mesmo por seres místicos, que supostamente querem lhe fazer mal.

12.2- Alucinações: a pessoa passa a ouvir vozes ou pensamentos, essas mandam, ordenam que eles pratiquem algo, podendo ocorrer mais raramente outras formas de alucinações, como visuais, táteis ou olfativas.

12.3- Alterações de Pensamentos: essa alteração afeta a fala, causando difícil compreensão, pois o mesmo terá sofrerá uma desordem ou confusa, prejudicando a sua comunicação.

12.4- Alterações da Afetividade: não possui expressão, não dá para identifica se o mesmo está alegre ou triste, não consegue demonstrar suas emoções. Outras vezes o paciente apresenta reações afetivas que são inadequadas em relação ao contexto em que se encontra

12.5- Alterações de Comportamento: os pacientes apresentam agitados ou retraídos, risco de suicídio ou agressivos, podendo falar sozinho em voz alta e sair andando na rua sem roupa.

A esquizofrenia evolui geralmente em episódios agudos onde aparecem os vários sintomas acima descritos, principalmente delírios e alucinações, intercalados por períodos de remissão, com poucos sintomas manifestos.

13- SINTOMAS DE COGNIÇÃO

Na Esquizofrenia os sintomas mais comuns são a falta de atenção, concentração e o prejuízo de memória. Essas alterações ocorrem antes do primeiro surto e pioram nos primeiros anos do transtorno.

Alguns pacientes ficam distraídos e a falta de atenção também interfere na leitura e escrita. Em relação á memória eles tem dificuldade de recordar lembranças passadas, demoram para aprender informações novas.

Existem outros prejuízos de cognição, com dificuldade para compreender figuras de linguagem, são impulsivas na hora de tomar decisões fazendo escolhas erradas, e não conseguem planejar tarefas.

Os sintomas de cognição interferem na vida social e profissional como estudo, trabalho e relacionamentos interpessoais.

13.1- Sintomas Neurológicos

Podem apresentar tiques faciais, prejuízo dos movimentos (desajeitados e estabados), gestos e movimentos bruscos, aumento da frequência de piscar os olhos e desorientação direito-esquerda.

A explicação para a ocorrência dos sinais neurológicos não é bem conhecida, a maioria não apresenta e aqueles que são acometidos, os revelam de maneira frágil.

Não existem exames neurológicos, como eletroencefalograma, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, capazes de diagnosticar a esquizofrenia, pois suas alterações são específicas.

13.2- Funcionamento Social

É a interação da pessoa no meio em que vive, como comunicação social de autonomia, da vida laborativa, acadêmica, familiar e afetiva.

Na esquizofrenia o funcionamento social pode estar prejudicado pelos sintomas que já abordamos. No período do surto (fase aguda) o funcionamento da pessoa fica comprometido, alteram seu comportamento, seus sentimentos e relacionamentos, gerando conflitos.

Mesmo depois da fase aguda, alguns pacientes, tem dificuldades sociais, os sintomas mais comuns neste período são os negativos e cognitivos.

Alguns pacientes se isolam do convívio familiar, em casos graves se limitam a coisas simples como ir ao supermercado ou a um banco. O trabalho e estudo são afetados, muitos pacientes conseguem voltar após sua recuperação, enquanto outros preferem atividades menos exigentes e estressantes.

13.3- Comportamento

A esquizofrenia é um transtorno de apresentação heterogênea, incluindo quadros clínicos diferentes, existem pacientes com maior ou menor grau de alteração de comportamento, que também é variável de acordo com a fase da doença (aguda ou crônica).

13.4- Suicídio

As tentativas de suicídio não são raras na esquizofrenia, cerca de 50% dos pacientes tenta uma vez na vida, 15% consumada. Esta estimativa é maior entre os transtornos mentais inclusive a depressão.

A família tem que ficar atento com alguns aspectos: se o paciente fala em se matar, se ele ouve vozes ordenando que atente a sua própria vida, intensa ansiedade, angústia e depressão.

Se houver algum risco de suicídio, a equipe responsável pelo tratamento deve ser imediatamente avisada.

13.5- Agressividade

O comportamento não está associado á esquizofrenia, uma minoria de pacientes reagem impulsivamente podendo ter ataques de raiva e fúria, mas melhoram com tratamento.

A família deve ter paciência, jamais revidar as agressões, pois podem ser constantes. Se necessário imobiliza o paciente e espera a chegada de um auxílio médico.

13.6- Manias

Alguns pacientes mais rígido ou repetitivo, possuem dificuldades de mudar padrões como: higiene, alimentação, vestuário, hábitos sociais, atitude mecanistas (precisa fazer aquilo naquela ordem e daquele jeito).Alguns podem desenvolver o toc(transtorno obsessivo compulsivo).

A família precisa ter diálogo e paciência para mudar esse comportamento do paciente, não com força, tentando convencê-lo das desvantagens e encorajá-los a melhorar suas atitudes.

13.7- Solilóquios e risos imotivados

Solilóquios é o termo técnico de quem fala sozinho, alguns apresentam na fase aguda, quando responde as alucinações(vozes ou pessoas imaginárias).Outros na fase crônica,falando baixinho ou mexendo os lábios e cochichando.

Os risos imotivados ocorrem quando o paciente ri sem motivo, esses sintomas são automáticos e involuntários, sem controle.

13.8- Abuso de drogas

O uso e abuso de drogas são comuns na esquizofrenia. As lícitas como: os tranquilizantes, o álcool, a cafeína e o cigarro são mais comuns. O café ou bebidas (coca-cola) tem efeitos estimulantes, enquanto o álcool e tranquilizantes tem efeitos ansiolíticos e sedativos. O cigarro é usado no controle da ansiedade. Essas substâncias podem interferir com o metabolismo e a ação terapêutica dos antipsicóticos, medicamentos usados no tratamento da esquizofrenia.

Entre as drogas ilícitas estão a maconha e a cocaína mais utilizadas. A maconha parece ter um papel desencadeador da psicose.

A dependência química tem um papel devastador para a doença, aumentando o número de recaídas. Pacientes com dependência de drogas devem ser levado a centros especializados paralelamente ao tratamento para a esquizofrenia.

14- Diagnóstico da Esquizofrenia.

Até hoje não foi descoberta a causa real da esquizofrenia, mas estudos indicam que:

- Fatores hereditários tem grande importância, pacientes parentes de primeiro grau tem maior chance de desenvolver a doença.
- Fatores ambientais complicações da gravidez dos partos, infecções, alterações bioquímicas dos neurotransmissores cerebrais particular da dopamina e também podem ser possíveis causas.

15- Como familiares podem colaborar com o paciente.

Os familiares são aliados importantíssimos no tratamento e na reintegração do paciente, é importante que estejam orientados quanto á doença esquizofrenia para que possa compreender os sintomas e as atitudes do paciente.

Atitudes erradas dos familiares podem colaborar para a piora clinica, o impacto inicial de saber que o familiar tem esquizofrenia pode ser muito doloroso, como a doença é pouco conhecida os familiares podem ficar confusos e podem ter atitudes inadequadas com criticas, superproteção.

Apoio e compreensão são necessários para que ele possa ter uma vida independente e conviva satisfatoriamente com a doença e junto da família.

16- Políticas para saúde mental (leis) 10.216 e 10.708.

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

16.1- LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

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. 10º. 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. 11º. 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. 12º. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

.

16.2- LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.**Brasília, 31 de julho de 2003; 182º da Independência e 115º da República**

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental no 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Ricardo José Ribeiro Berzoini

17- Sinais de Boa Recuperação

Determinadas pessoas, apresenta uma rápida melhora do que os outros. Surgindo características, que serve como referencia para boa recuperação. Esses sintomas não possuem um garantia, mas aumenta as chances de recuperação dessas pessoas.

Os sinais são:

- Capacidade de sentir e expressar emoções (alegria, excitação, tristeza, desespero, etc.);
- Não apresentar sentimentos de grandiosidade;
- Apresentar alucinações (mais frequentemente auditivas);
- Aparência de perplexidade no episódio agudo;
- Não se isolar; não apresentar distúrbios do pensamento;
- Ideias de perseguição e conduta de desconfiança também são sinais de bom prognóstico;

Não há acordo quanto a esses sintomas, pois sempre haverá quem conteste a afirmação de que indicam bom prognóstico. Sintomas catatônicos (imobilidade ou excitação excessiva) e confusão mental apesar de aparentarem maior gravidade podem se resolver mais rapidamente deixando a pessoa sem problemas.

Quanto mais tarde se dá a doença, mais chance de recuperação.

A idade comum de início da esquizofrenia é o fim da adolescência e início da idade adulta podendo começar após 45 anos. Casos raros se dão após essa idade ou na infância.

As pessoas que sofreram traumatismos cranianos no nascimento ou ao longo da vida, assim como aquelas que sofreram infecções encefálicas.

18- O cuidado de Enfermagem

Esse cuidado é específico no relacionamento interpessoal entre enfermagem-paciente, onde serão oferecidos os cuidados adequados ao paciente e sua família.

A assistência em informações é de despertar o interesse do esquizofrênico pela vida, uma vida digna e participação no seu meio familiar e social, apesar da doença, é importante valorizar e incentivar os pacientes a participar do seu tratamento para que a chance de não desistir sejam maiores.

A enfermagem assume o papel de ficar atendo aos sintomas do paciente e evitando possíveis episódios, melhorando a qualidade de vida da família. Orientar sobre as características da doença, do tratamento, dentro da saúde mental, estimular os pacientes esquizofrênicos a participar de trabalhos voluntários.

Informar o paciente ou familiar quais os medicamentos a serem tomados, dosagem e horários corretos, relatando que a sua desistência do tratamento acarretará o reaparecimento dos sintomas.

19-Tratamento da esquizofrenia.

O tratamento da esquizofrenia visa o controle dos sintomas e reintegrar o paciente no convívio social.

O tratamento é medicamentos antipsicóticos ou neuropáticos, eles são utilizados na fase de piora da doença para aliviar os sintomas psicóticos e também nos períodos entre as crises, para prevenir novas recaídas.

Os pacientes necessitam de psicoterapia terapia ocupacional e outros procedimentos que visem ajuda-lo á lidar com mais facilidade o dia-dia.

Os tratamentos disponíveis podem aliviar muitos dos sintomas, porém a maioria das pessoas deve ter que enfrentar alguns sintomas residuais pela vida toda.

Apesar disso, hoje em dia muitas pessoas com esquizofrenia conseguem levar uma vida boa e tranquila na sociedade. Pesquisas estão sendo desenvolvendo medicamentos mais eficientes e procurando entender as causa da esquizofrenia para achar formas de prevenção e tratamento da doença.

20- FARMACOLOGIA

20.1- AMPLICTL (substância ativa - CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA)

Apresentações:

Comprimidos de 25mg ou 100mg; Ampolas com 5 ml (25mg) de solução injetável; Frasco de 20 ml de solução a 4%.

Propriedades

O seu mecanismo de ação ainda não é totalmente conhecido. Antipsicótico que bloqueia os receptores dopaminérgicos no cérebro.

Indicações

Sua principal finalidade é o tratamento dos sintomas psicóticos, podendo também ser usado para evitar vômitos e mesmo como anti-hipertensivo quando administrado pela veia.

Ação

Possui uma ação estabilizadora no sistema nervoso central e periférico e uma ação depressora seletiva sobre o SNC, permitindo, assim, o controle dos mais variados tipos de excitação. É, portanto, de grande valor no tratamento das perturbações mentais e emocionais.

Cuidados de Enfermagem:

Informe aos pacientes as reações adversas mais frequentemente relacionadas ao uso da medicação e que, diante a ocorrência de qualquer uma delas, principalmente sonolência, torcicolo, queda de pressão, sedação o médico deverá ser comunicado imediatamente;

Orientar o paciente a evitar bebidas alcoólicas durante o tratamento.

20.2- HALOPERIDOL (substância ativa -HALOPERIDOL)

Apresentações:

Comprimidos de 1mg ou 5mg. Ampolas com 1 ml de solução injetável.

Propriedades

É um antipsicótico do grupo das butirofenonas, antagonista do receptor D2 de dopamina.

Indicações

Indicado nos distúrbios psicóticos agudos e crônicos incluindo esquizofrenia, mania e psicose induzida por drogas. Nos distúrbios de comportamento e nas psicoses infantis acompanhadas de excitação psicomotora. Na paranoia, confusão mental aguda, alcoolismo, demência, oligofrenia. Na agitação e agressividade do idoso. Nos estados impulsivos e agressivos; pode ser usado também para evitar enjoo e vômitos de qualquer origem, para controlar agitação, agressividade devido a outras perturbações mentais.

Ação

Produz um efeito seletivo no Sistema Nervoso Central, exercendo um bloqueio competitivo dos receptores dopaminérgicos pós-sinápticos (D2) no sistema mesolímbico dopaminérgico e um aumento da síntese, liberação e utilização (turnover) da dopamina central para produzir efeitos tranquilizantes. O Haloperidol diminui a frequência de disparos dos neurônios dopaminérgicos ao longo do bloqueio D2 pós-sináptico, resultando na ação antipsicótica. Como consequência direta desse bloqueio dopaminérgico, o Haloperidol apresenta ação incisiva sobre delírios e alucinações, sendo também um sedativo eficiente nos quadros de mania, agitação psicomotora e outras síndromes de agitação.

Cuidados de Enfermagem:

Informe aos pacientes as reações adversas mais frequentemente relacionadas ao uso da medicação e que, diante a ocorrência de qualquer uma delas, principalmente tremor, rigidez, hipersalivação, bradicinesia, acatisia, distonia aguda, insônia, inquietação, ansiedade, agitação, sonolência, euforia, depressão e cefaleia o médico deverá ser comunicado imediatamente.

O Haloperidol potencializa os efeitos do álcool. Portanto, o paciente deve ser orientado a não ingerir álcool se estiver tomando esse medicamento.

20.3- NEOZINE (substância ativa - MALEATO DE LEVOMEPRMAZINA)

Apresentações:

Comprimidos de 25mg e 100mg. Ampolas com 5 ml(5mg/ml) de solução injetável. Solução oral fr. c/20 ml.

Propriedades

Um neuroléptico antipsicótico do grupo das fenotiazinas.

Indicações

Considerado como o mais sedativo dos neurolépticos e o mais antiálgico dos derivados fenotiazínicos, serve para tratar sintomas psicóticos, psicopatias agudas ou crônicas, esquizofrenias crônicas e também para agitação ou irritabilidade de pacientes com outros problemas psiquiátricos.

Ação

Seu mecanismo de ação ocorre bloqueando os receptores pós-sinápticos dopaminérgicos mesolímbicos cerebrais, desenvolvendo efeito sedativo, potencializador de analgésicos (neuroleptoanalgesia).

Cuidados de Enfermagem:

Informe aos pacientes as reações adversas mais frequentemente relacionadas ao uso da medicação e que, diante a ocorrência de qualquer uma delas, principalmente ressecamento da boca, prisão de ventre, visão turva, queda da pressão arterial, tonteiras, zumbidos, aumento do peso corporal, sonolência, alterações do ritmo cardíaco o médico deverá ser comunicado imediatamente.

20.4- FENERGAN (substancia ativa - CLORIDRATO DE PROMETAZINA)

Apresentações:

Comprimidos de 25 mg de cloridrato de prometazina e ampolas de 50 mg (2 ml) de cloridrato de prometazina.

Propriedades

Anti-histamínico que apresenta significativa atividade anticolinérgica.

Indicações

É indicado no tratamento sintomático de todos os distúrbios incluídos no grupo das reações anafiláticas e alérgicas. Graças à sua atividade antiemética, é utilizado também na prevenção de vômitos do pós-operatório e dos enjoos de viagens. Pode ser utilizado, ainda, na pré-anestesia e na potencialização de analgésicos, devido à sua ação sedativa.

Ação

Bloqueia os efeitos da histamina. Efeito inibitório na zona de gatilho quimiorreceptora da medula, resultando em propriedades antieméticas. Altera os efeitos da dopamina no SNC

Cuidados de Enfermagem:

Informe ao paciente as reações adversas mais frequentemente relacionadas ao uso da medicação e que, diante a ocorrência de qualquer uma delas, principalmente dor de garganta, urina escura, pele e olhos amarelados, febre, tremor, rash e fraqueza, como também aquelas incomuns e intoleráveis, o médico deverá ser comunicado imediatamente.

Pode causar boca seca. Enxagues orais frequentes balas ou gomas de mascar sem açúcar podem minimizar este efeito.

22- PERSPECTIVA DE RESULTADOS

Através dessa pesquisa, foi possível conhecer um pouco mais sobre os Transtornos Esquizofrênicos.

Aprendemos sobre o papel da enfermagem e qual a importância da família na auto-estima desse paciente.

Observamos que os portadores da esquizofrenia podem e devem conviver em sociedade e que essa doença ainda não tem cura, mas que através de medicamentos, os sintomas podem ser controlados de certa forma, fazendo assim o portador ter uma vida digna.

23- REFERÊNCIAS

MURTA, G, F.; SAMPAIO, J.; SALCI, M, A. Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Saberes e Práticas, 7ª Edição; São Caetano do Sul, São Paulo, 2007. v.6. 262-263p.

MURTA, G, F.; SAMPAIO, J.; SALCI, M, A. Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Saberes e Práticas, 7ª Edição; São Caetano do Sul, São Paulo, 2007. v.6. 263-264p.

TOSTA, M.C. Cuidado de Enfermagem ao Paciente com Transtornos Psiquiátricos.

CAMPOS, S. Psiquiatria e Psicologia. São Paulo, 2009.

FERREIRA, I. A. Estudo de Caso de um Pacientes com Esquizofrenia. Centro de Estudos Superiores de Caxias – CESC, 2009.

GIACON, B.C. C; GALERA, S.A.F. Primeiro Episódio da Esquizofrenia; Ver Esc Enferm USP. São Paulo, São Paulo, 2006.

PAIM, I. Esquizofrenia. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1990.

CAMPOS, S. Psiquiatria e Psicologia, 2004.

BERGIANNAKI. J. Sintomas Positivos e Negativos da doença. 2001.