

“A assistência de Enfermagem ao paciente portador de Transtorno de Personalidade Orgânica, nas emergências psiquiátricas e crises decorrentes da patologia primária”.

CARVALHO, Karine Ferreira de

Karineenfermeira4@gmail.com

RESUMO

O presente estudo busca ampliar o conhecimento científico do Transtorno de Personalidade de causa orgânica, das crises epiléticas do lobo temporal direito, e a repercussão para a vida do indivíduo e sua família após esses eventos. O estudo foi realizado em Instituto Psiquiátrico de referência na cidade de São Paulo, em período de estágio curricular do curso de graduação em Enfermagem, onde o paciente foi entrevistado, acompanhado, tendo oportunidade de expressar suas idéias persecutórias, buscando alívio para seus medos. O sofrimento psicológico acarreta prejuízos cognitivos e funcionais; na tentativa de resolver algumas dessas questões a enfermagem mostra sua capacidade no manejo empático com o paciente, através de técnicas onde o paciente cria confiabilidade e adere com nova postura, elevando seu desempenho social. Palavras-chave: epilepsia do lobo temporal, personalidade interictal, cuidados de enfermagem.

Introdução

Descrita por Falconer em 1964 a Esclerose Mesial Temporal (EMT) é um diagnóstico histopatológico caracterizado por atrofia de partes do hipocampo, amígdala e estruturas localizadas na parte mais interna do lobo temporal (medial em contraposição à lateral) [2]. Frequentemente associada com quadros de epilepsia parcial complexa, sendo seu diagnóstico muito importante, visto que resulta em lobectomia temporal ou redução das convulsões nesses pacientes. Não é obrigatória a associação entre EMT e epilepsia, algumas pessoas podem apresentar EMT e não apresentar epilepsia. As características da patologia incluem: crises febris, crises parciais complexas com semiologia característica(epilepsia), fármaco resistência e atrofia do hipocampo [1]. A esclerose mesial temporal não tem nada a ver com o termo “esclerosado”, usado no meio leigo como sinônimo de demência. A relação entre epilepsia e depressão tem sido reconhecida desde os tempos de Hipócrates, que observou a frequência alta de melancolia entre pessoas com epilepsia e na atualidade lidera a lista de distúrbios psiquiátricos em indivíduos com esse diagnóstico [6].

Epidemiologia

A epilepsia é um distúrbio cerebral complexo envolvendo descargas elétricas anormais, excessivas e sincrônicas dos neurônios; considerada um problema de saúde pública afetando mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo, mais de 20 milhões dessas pessoas continuam apresentando crises que não são controladas satisfatoriamente por medicamentos [1]. Se caracteriza por crises convulsivas de repetição; se originam de focos com mal funcionamento cerebral, podendo ser decorrente de inúmeras doenças e é por isso que médicos que tratam pacientes com epilepsias buscam descobrir a doença que causa as crises. É o mais frequente entre os transtornos neurológicos graves e cursa com grande prevalência de transtornos mentais, entre eles os psicóticos com prevalência de 2% a 8%. Acomete em torno de 1 a 2% da população em geral. Cerca de 4% das pessoas, ou seja, 1 em cada 25, já apresentou pelo menos uma crise convulsiva na vida (se não houver crises de repetição não podemos caracterizar como epilepsia, daí a diferença nos números). As epilepsias refratárias correspondem a cerca de 20% dos pacientes epiléticos e boa parte desses apresentam crises parciais complexas passíveis de tratamento cirúrgico. A indicação cirúrgica criteriosa tem se mostrado eficiente para o controle das crises. As cirurgias para tratamento de epilepsias com origem no lobo temporal perfazem aproximadamente 60% de todas as cirurgias realizadas para epilepsias [12].

Histórico do paciente

Paciente diagnosticado de Epilepsia no lobo temporal (ELT) por Esclerose mesial temporal, realizado Lobectomia temporal direita em 1997. Evoluiu com alterações orgânicas da personalidade, com grande rigidez moral, desconfiança excessiva e comportamento evitativo. Concomitante a isso desenvolveu quadro psicótico autoreferente onde causava muitos transtornos aos familiares. Respondeu ao uso de Stelazine e depois Risperidona. Contudo o paciente nunca aceitou o uso de antipsicóticos e ficou enlouquecido quando descobriu que o pai lhe administrava escondido a medicação. Atualmente está com idéias persecutórias intensas, escuta vozes falando sobre ele, percepções e interpretações delirantes, acreditando que existe um complô contra ele. É solteiro, nunca namorou, nem expressou vontade na questão da sexualidade, jamais manteve relações sexuais. Não demonstra pensamentos ou impulsos libidinosos.

Evolução do paciente

Paciente autoalocronopsiquicamente orientado, evolui isolado, humor irritadiço, idéias persecutórias diminuídas, durante entrevista clarificou seus pensamentos com momentos de abreação, manteve contato visual. Permanece deambulando pela unidade. Não apresentou resistência ao realizar higiene pessoal. Referiu insônia e cefaléia.

Prescrições de Enfermagem

Demonstrar confiança e apoio.

Observar e anotar compreensão e comportamento do discurso.

Desestimular manias e automuliação.

Manter os limites de forma clara e objetiva.

Patogênese / Etiologia

Os fatores etiológicos que relacionam epilepsia e psicopatologia são citados abaixo, no Quadro 1:

Firingictal ou Subictal	Comportamento é refletido pelo ataque epilético verdadeiro
Efeito das medicações	Prejuízo nos campos cognitivo e comportamental
Outras anormalidades cerebrais	A epilepsia como epifenômeno de determinada síndrome psico orgânica. Paciente em status epilepticus pode ter seqüelas neurocomportamentais por sofrimento cerebral
Aspectos psicossociais	Desorganização, desintegração ou descompensação em pacientes epiléticos
Local do foco	Psicose e alterações da personalidade estão associadas com lesões no hemisfério dominante. Em focos não dominantes os transtornos do humor e ansiedade são mais comuns
Predisposição	Psicopatologia pode ser desencadeada por evento estressor “crises epiléticas” em pacientes com predisposição para determinado temperamento
Fenômeno Kindling like	Processo fisiopatológico onde estímulos sublimiães repetidos, químicos ou elétricos

	em certas áreas cerebrais podem induzir respostas sob a forma de alterações de comportamento antes das convulsões
Complicações de condições psicopatológicas (ex: Doença de Alzheimer)	Secundariamente associadas a epilepsia

[5]

A epilepsia do lobo temporal, com suas crises parciais complexas, é a mais importante condição epilética para os psicoclínicos, contando em 55% das causas de epilepsia em adultos. Com conseqüências graves e crônicas para seus portadores em áreas do intelecto e comportamento [4].

O Lobo Temporal é responsável pelo recebimento e processamento da informação auditiva, áreas associativas ao lobo estão envolvidas no reconhecimento, identificação e nomeação dos objetos. Os danos causados a este lobo causam deficiências na identificação de estímulos que foram percebidos pelo paciente; essas deficiências geralmente são específicas como a incapacidade de reconhecer faces (pode reconhecer pela voz), ou entender a linguagem falada (mesmo não existindo problemas a nível da escrita) [2].

As características da epilepsia do Lobo Temporal são especificadas neste artigo, visando somar conhecimento científico ao comportamento do paciente em estudo, sendo descrita abaixo, no Quadro 2:

Epilepsia do Lobo Temporal	Esclerose Mesial Temporal é a causa mais comum de refratariedade a medicação anticonvulsivante.
Característica da crise	Crises autonômicas e psíquicas.
Comportamento durante a crise	1ºtipo olhar distante, movimentos mastigatórios, deglutição salivar, movimentos sem propósito com as mãos (mãos a esmo), abotoa camisa, hipergrafia (dentre os mecanismos fisiopatológicos propostos, o mais coerente é o da hiperconexão temporal). 2ºtipo folhear páginas, dirigir carro ou andar de bicicleta. Final da crise é seguida por confusão mental de tempo prolongado.

[3]

No CID 10, o Transtorno Orgânico da Personalidade(F07.0) é caracterizado por significativa alteração no modo comportamental, baseado nos que eram habituais ao sujeito antes do advento da doença. A origem das perturbações se concentra a expressão das emoções, de suas necessidades e impulsos. Podendo comportar alteração cognitiva, da sexualidade e do pensamento [21].

Diagnóstico da (EMT) Esclerose Mesial Temporal

Frente a um paciente com crises parciais complexas originadas no lobo temporal é obrigatória a realização de estudos de neuroimagem, sendo o mais importante a ressonância nuclear magnética (RNM), que tem se mostrado indicador confiável da EMT, que é a mais comum condição patológica identificada na epilepsia parcial originada no lobo temporal [9].

A zona hipometabólica cerebral detectada nos estudos de FDG-PET é observada na área de alteração histológica e de suas proximidades. Alterações funcionais causadas por episódios convulsivos de longa duração, perda neuronal, alterações na densidade sináptica cortical, alguns efeitos de medicação anti convulsivas explicam esse hipometabolismo [4].

O erro no diagnóstico diferencial conduz a iatrogenias; um paciente com crises parciais complexas, erroneamente diagnosticado como tendo transtorno do pânico, pode vir a ser tratado com tricíclicos tendo um aumento na frequência das crises epiléticas.

Diagnóstico do Transtorno Delirante Persistente (Paranóia)

A característica é a presença de um ou mais delírios não-bizarros nem desorganizados que persistem por pelo menos 1 mês, devendo conter no delírio tema e contexto lógico rigidamente estruturado e organizado, embora continue se tratando de uma falsa e absurda crença. De acordo com Kraepelin, a Paranóia é uma entidade clínica caracterizada, essencialmente, pelo desenvolvimento insidioso de um sistema delirante duradouro e inabalável, mas, apesar desses delírios há uma curiosa manutenção da clareza e da ordem do pensamento, da ação e da vontade [3].

Ao contrário dos esquizofrênicos e doentes cerebrais, que tem suas idéias delirantes desconexas onde as idéias delirantes são um tanto desconexas. Um aspecto fundamental para o diagnóstico diferencial entre a epilepsia e a esquizofrenia é a presença dos sintomas negativos da esquizofrenia, pois o paciente com epilepsia dificilmente conseguirá imitar os sintomas positivos da esquizofrenia [8].

Tratamento

1-A monoterapia é a melhor opção terapêutica quando é feito um diagnóstico de epilepsia. As drogas antiepiléticas consideradas de primeira linha no tratamento das crises temporolímicas são: carbamazepina (Tegretol), oxicarbazepina (Trileptal), fenitoína (Hidantal) e ácido valpróico (Depakote).

O clobazam (Urbanil, Frisium) é um benzodiazepínico utilizado com bastante frequência nas crises temporolímicas, principalmente como terapia coadjuvante. As drogas de segunda linha, menos eficazes e produtoras de mais sedação, são fenobarbital (Gardenal) e primidona.

Medicações anticonvulsivantes, muitas vezes possuem propriedades nocivas as funções cognitivas.

Cuidados de Enfermagem quanto a administração de medicamentos a pacientes psiquiátricos

A administração de medicamentos a doentes mentais pode requerer "cuidados" especiais. Alguns problemas são muito comuns em unidades psiquiátricas, por ex: pacientes que com frequência recusam a medicação, outros que fingem aceitar e depois jogam fora, os que acumulam comprimidos para tomarem de uma só vez, os que solicitam e insistem por doses mais altas, etc.

Medicamentos que foram administrados no paciente do estudo:

Risperidona V.O, para tratar seus sintomas psicóticos.

Cuidados de Enfermagem: Avaliar alterações do batimento cardíaco e diminuição da PA, atentar para queixas álgicas(cefaléia).

Stelazine V.O, para tratar seus sintomas psicóticos.

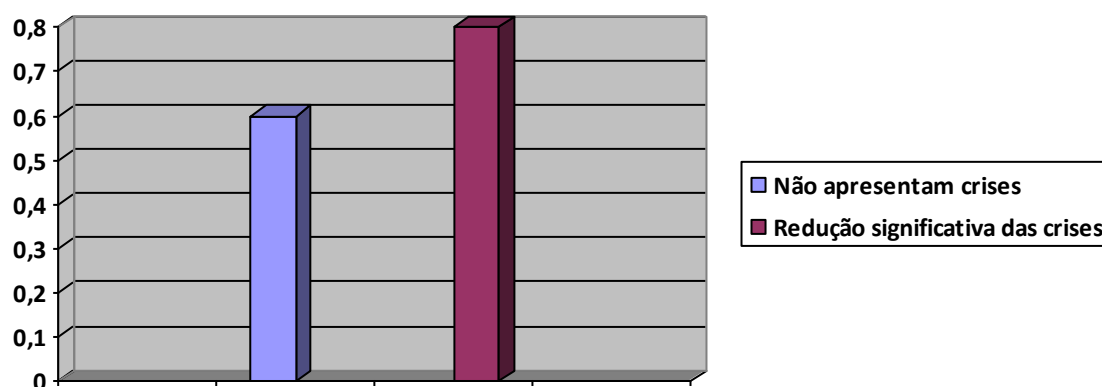
Cuidados de Enfermagem: Atentar para agitação motora e distonias. Havendo qualquer alteração desse porte, informar o médico que diminuirá a dosagem do fármaco.

2-A lobectomia temporal (LT) constitui um tratamento eficaz da epilepsia do lobo temporal refractária ao tratamento farmacológico. As principais consequências neuropsicológicas da intervenção são as alterações na memória episódica e semântica.

Os critérios para realização de cirurgia nas crises temporolímbicas são:

- a) Crises intratáveis com a terapia clínica;
- b) Crises que causam perturbações significativas na vida do paciente;
- c) Início localizado (focal) da crise;
- d) Presença de esclerose mesial temporal observada na RNMde crânio [11].

Resultados em gráfico dos bons resultados pós neurocirurgia (Lobectomia Temporal), ilustrados abaixo no Gráfico1:



O tratamento da epilepsia funda-se em dois aspectos: tratamento das crises e atenção ao comportamento.

Alterações psicopatológicas causadas em pacientes diagnosticado com Epilepsia do Lobo Temporal (EPT).

A apresentação clínica das crises temporolímbicas pode se constituir de experiências psíquicas, descritas abaixo no Quadro 3:

Ilusões (imagens deformadas de um objeto real e presente)	Dismegalopsias, macropsias, micropsias
Alucinações	Percepções falsas ocorrem na ausência de estímulo sensorial (visual, auditivas).
Estados Dismnésicos	Sensação de Déjà Vu e de Jamais Vu
Despersonalização	Sensação de não ser mais a mesma pessoa, sente ter perdido empatia e sentimento pelos outros, podendo ocorrer essa sensação também nos estados de histeria ou paranóides
Experiências afetivas	Medo, ansiedade, tristeza acompanhada de solidão, raiva, alegria, excitação sexual e prazer.
Alterações motoras	Movimentos mastigatórios, estalo labial, arrasto dos pés, atitudes inapropriadas (ex: despir-se em público, fala incoerente)
Automatismos O automatismo deambulatório ocorre quando ações que o paciente fazia antes das crises continuem durante o íctus como dirigir um carro, executar peça musical, etc.	Gargalhadas (epilepsia gelástica) Corrida (epilepsia procursiva) Caminhar em pequenos círculos (epilepsia volvular) Caminhar despropositadamente, perambular (poriomania)

[5],

[12]

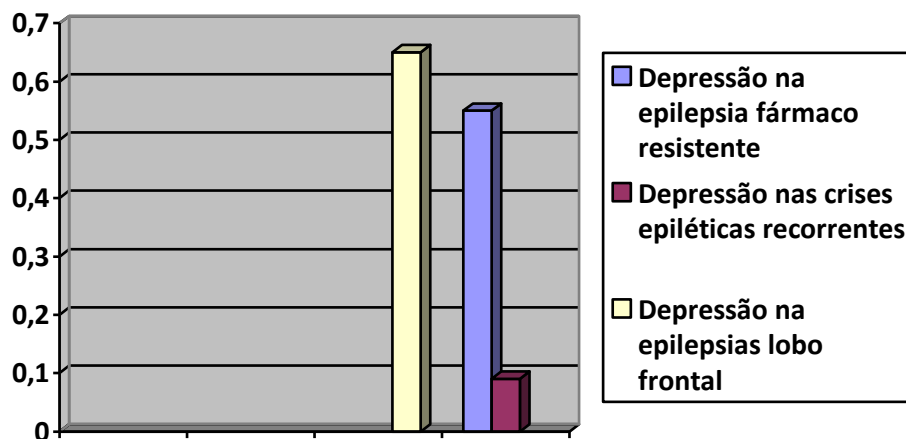
Síndromes psicopatológicas associadas com epilepsia do lobo temporal (Psicoses interictais englobam os pós cirurgias):

Psicoses (delírios e ou alucinações, de caráter esquizofreniforme e maniatiformes); o delírio mais comum é do tipo persecutório envolvendo a crença do paciente estar sendo vítima de conspiração, traição, perseguição, envenenamento, intoxicação ou ser alvo de comentários maliciosos [3].

Síndromes depressivas (os epiléticos apresentam uma incidência maior de depressão comparados com a população geral); do tipo endógeno melancólica

particularmente da EMT, confirmando a hipótese de estudos que essa seja a lesão mais implicada na depressão [6].

Estudos anteriores afirmam que pacientes com epilepsia do lobo temporal apresentam um maior índice de psicopatologia do que a população geral [1]. Quanto a depressão no paciente epilético o gráfico 2[9], abaixo ilustra a prevalência comparada as pessoas não epiléticas.



A Depressão é, essencialmente, uma doença que se manifesta por episódios depressivos recorrentes e cada episódio geralmente dura de alguns meses a alguns anos,

com um período normal entre eles. Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão segue um curso crônico e sem remissão, ou seja, continuamente (OMS), especialmente quando não há tratamento adequado disponível [20]. Sendo um distúrbio do humor as pessoas que experimentam depressão branda se descrevem como chorosas, tristes e abatidas. Nas depressões mais graves os sintomas incluem alterações do sono (insônia ou hipersonia), irritabilidade, sentimento de desinteresse social e atenção diminuída, mudanças físicas como ganho ou perda de peso, dores de cabeça ou sensações de fadiga desconsiderando o tempo de descanso [18].

Manejo realizado com o paciente diante da crise paranóica

O paciente referido neste estudo apresentava delírios persecutórios, acreditava estar sendo constantemente perseguido e vigiado pelo FBI, não apresentava vontade de realizar a higiene com medo das câmeras no banheiro. A abordagem empática foi usada no manejo ao paciente intervindo no seu modo de funcionamento diário, sendo preciso provar-lhe que as câmeras não estavam lá, “havam sido retiradas a nosso pedido”. Mais confiante ele voltou a realizar sua higiene, porém desconfiado. Se o vínculo e confiabilidade não houvesse sido criado ele não atenderia o pedido e a tensão estaria imposta no ambiente.

Intervenção da Enfermagem durante uma emergência psiquiátrica

A intervenção na urgência, como exigência peremptória de resolver o insuportável da doença, da vivência do pavor, obriga a emergência a subjetividade, oferecendo a possibilidade da simbolização do traumático para que se ligue a novas palavras. O paciente se encontrava em Crise de agitação aguda relacionada a Psicose Aguda Delirante: agitação, juízos e ideias delirantes [crenças dissociadas da realidade], atividade alucinatória [percepções desconexas da realidade], agressividade, desconfiança, angústia [15]. Algumas dessas situações não necessitam de tratamento longo, e contar com um profissional apto a intervir no momento oportuno pode evitar o agravamento da crise. O histórico do paciente constava que ele era considerado “chato” pelos familiares; esse comportamento é típico da patologia, e diante disso e uma vez que são circunstanciais e viscosos, a terapia de apoio é crucial nestes indivíduos.

Porém, a longo prazo esta abordagem obtêm pouca eficácia, visto que estes pacientes são refratários e inacessíveis ao *insight* psicoterápico, por não terem noção do grau psicopatológico de sua condição [15]. Uma longa entrevista pode ser conduzida pelo paciente apenas, num interminável solilóquio, constituído de uma sequência ordenada de assuntos minuciosamente dissecados, ornamentados por lugares-comuns e frases ou interjeições educadas e infalivelmente repetitivas, o que lhe caracteriza a circunstancialidade [16]. O que reafirma sua eficácia somente durante a emergência em questão, trazendo conforto e lucidez ao paciente para que consiga evoluir para nível social.

Atuação da Enfermagem durante período depressivo do paciente

Foi utilizado para avaliação do nível depressivo do paciente o BDI (Inventário de depressão de Beck), [7].

Apêndices 1.0

Inventário de Depressão de Beck

Nome: V.B.N Idade: 35 anos

Estado Civil: solteiro

Escolaridade: 2º grau incompleto

Data de aplicação: 18 de setembro de 2009

Pontuação: 41 pontos Depressão severa

1.0. Não me sinto triste.

- 1.● sinto-me triste.
2. Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de sentir-me assim.
3. Sinto-me tão triste ou tão infeliz que não posso suportá-lo.

2.0. Não me sinto particularmente desanimado em relação ao futuro.

- 1.● sinto-me desanimado em relação ao futuro.
2. Sinto que não existe nada porque lutar.
3. O futuro não apresenta nenhuma esperança e as coisas não melhorarão.

- 3.0. Não me sinto como um fracassado.
- 1.● fracassei mais do que a maioria das pessoas.
 2. Quando olho para trás, o único que vejo é um fracasso atrás do outro.
 3. Sou um fracasso total como pessoa.
- 4.0. As coisas me satisfazem tanto como antes.
1. Não desfruto das coisas tanto como antes.
 2. Já não tenho nenhuma satisfação em relação às coisas.
 - 3.● estou insatisfeito ou chateado em relação a tudo.
- 5.0. Não me sinto particularmente culpado.
- 1.● sinto-me culpado em muitas ocasiões.
 2. Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
 3. Sinto-me culpado constantemente.
- 6.0. Não acho que esteja sendo castigado.
1. Sinto que talvez esteja sendo castigado.
 2. Espero ser castigado.
 - 3.● sinto que estou sendo castigado.
- 7.0. Não estou descontente comigo mesmo.
1. Estou descontente comigo mesmo.
 - 2.● estou desgostoso comigo mesmo.
 3. Detesto-me.
- 8.0. Não me considero pior do que qualquer outro.
- 1.● me autocrítico por minha debilidade ou por meus erros.
 2. Sempre me culpo por minhas faltas.
 3. Culpo-me por tudo de ruim que acontece.
- 9.0. Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1. Às vezes, penso em me suicidar, mas não o farei.
 - 2.● desejaria terminar com minha vida.
 3. Suicidar-me-ia se tivesse oportunidade.
- 10.0. Não choro mais do que o normal.
1. Agora, choro mais do que antes.

- 2.● Choro sempre.
3. Não posso deixar de chorar mesmo quando me proponho.

11.0. Não estou particularmente irritado.

1. Chateio-me ou me irrita mais facilmente do que antes.
- 2.● sinto-me sempre irritado.
3. Agora não me irritam, de nenhuma maneira, coisas que antes me impacientavam.

12.0. Não perdi o interesse pelos outros.

1. Estou menos interessado nos outros do que antes.
- 2.● perdi grande parte do interesse pelos outros.
3. Perdi completamente o interesse pelos outros.

13.0. Tomo minhas próprias decisões.

1. Evito tomar decisões, mais do que antes.
2. Para mim, tomar decisão é mais difícil do que antes.
- 3.● é impossível, para mim, tomar decisões.

14.0. Não acredito que tenha pior aspecto do que antes.

1. Não estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
2. Noto mudanças constantes em meu aspecto físico que me tornam pouco atraente.
- 3.● acho que tenho um aspecto horrível.

15.0. Trabalho como antes.

1. Tenho que me esforçar mais para começar a fazer algo.
2. Tenho que me obrigar a fazer algo.
- 3.● sou incapaz de realizar alguma tarefa.

16.0. Durmo bem como sempre.

1. Não durmo tão bem quanto antes.
- 2.● Acordo 1-2 horas antes do habitual e demoro a dormir de novo.
3. Acordo várias horas antes do habitual e já não posso voltar a dormir.

17.0. Não me sinto mais cansado do que normalmente.

1. Canso-me mais do que antes.

2. Canso-me quando faço qualquer coisa.
- 3.● estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.0. Meu apetite não diminuiu.

- 1.● meu apetite não é tão bom quanto antes.
2. Agora tenho muito menos apetite.
3. Perdi completamente o apetite.

19.0. Não perdi peso ultimamente (se está tentando perder peso, esta pergunta fica invalidada).

1. Perdi mais de 2 kg. Estou tentando perder peso.
2. Perdi mais de 4 kg, intencionalmente, comendo menos.
3. Perdi mais de 7 kg. Sim _____ Não _____

(No caso afirmativo invalidar a resposta)

20. Não estou preocupado por minha saúde.

1. Preocupam-me os problemas físicos como dores, etc. O mal-estar no estômago ou as gripes.
- 2.● preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar em outras coisas.
3. Estou tão preocupado pelas doenças que não posso pensar em outras coisas.

21.0. Não observei nenhuma mudança em meu interesse pelo sexo.

1. A relação sexual me atrai menos do que antes.
2. Estou muito menos interessado no sexo do que antes.
- 3.● perdi totalmente o interesse sexual.

Qualifica-se somando somente as respostas, a forma de classificar a pontuação é a seguinte:

0 a 12 pontos: pessoa sem depressão clínica, 13 a 20: sintomas depressivos leves, 21 a 30: depressão moderada, 31 ou mais: depressão severa [7].

A classificação quanto a depressão no paciente foi de 41 pontos o que indica depressão severa, ele não mostrava interesse em nada que não fosse seus pensamentos, isso era seu foco.

Apoio da Enfermagem quanto a Qualidade de Vida relacionada a saúde.

A Qualidade de Vida é um conceito multidimensional que abrange vários domínios, indicadores sociais (posição funcional, atividades físicas e de autocuidado), doenças e sintomas relacionados ao tratamento, funcionamento social, saúde mental (estado de humor, auto estima), desenvolvimento espiritual ou existencial, valores culturais, segurança do ambiente, sentimentos aos outros e para si (amor, liberdade, rejeição, etc). A Enfermagem tem o dever do planejamento da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) do paciente avaliando os efeitos que as doenças e tratamentos tem sobre a vida diária e satisfação pessoal e familiar. Sendo sensível a percepção do estigma social, discriminação, rejeição e isolamento e dificuldades no âmbito social, limitações as atividades cotidianas [18].

O desemprego é associado aos estados depressivos interictais, influenciando negativamente a QV do indivíduo com epilepsia. O desemprego é um fator negativo ao paciente e o índice aumenta nos casos depressivos. Investir na elevação do estado de ânimo do paciente é um dever do Enfermeiro, podendo executá-lo incentivando a adesão psicoterápica do tratamento, a participação da família nas decisões, manter vínculo com o paciente que irá seguir o que a Enfermeira lhe disser se ele confiar nela.

OBJETIVOS:

- 1- Realizar levantamento bibliográfico da patologia primária e recorrentes do paciente.
- 2- Especificar atuação da Enfermagem quanto a assistência do paciente portador de Psicose Delirante.
- 3- Mostrar os resultados da Comunicação Terapêutica durante as abordagens ao paciente.

CASUÍSTICA E METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de estudo de caso com paciente portador de Transtorno de Personalidade Orgânica, em ambiente interno de Instituto de Psiquiatria tido como referência na Cidade de São Paulo, no período do mês de setembro do ano 2009 durante disciplina Ciclo Vital III, o processo de cuidar do Enfermeiro durante estágio curricular. Esse paciente foi observado, avaliado, sendo realizado seu acompanhamento na internação, no qual as técnicas da abordagem empática foram impostas no intuito da criação do vínculo e melhora da qualidade de vida do mesmo. Foram utilizados como coleta de dados o prontuário de internação, contendo histórico familiar, comportamental e da patologia.

Resultados

Diante do resultado de depressão severa após empregado o teste, as Técnicas de Comunicação Terapêutica [8] utilizadas foram de grande ajuda, pois o paciente exteriorizou suas angústias. As frases de efeito inseridas na conversa estão ilustradas no Quadro:

<p>Quando demonstrou sentimentos niilista.</p> <p>A técnica foi auxiliar no seu auto estima orientando o paciente a chegar a algum objetivo.</p>	<p>O que você acha de pintar um bonito quadro hoje na Terapia Ocupacional e depois dar de presente ao seu pai que você tanto gosta? Acredito que ele irá ficar muito feliz com isso.</p>
<p>Quando ele avisava que não iria tomar banho por causa da perseguição inclusive no banheiro.</p> <p>A técnica foi de encorajamento e enfrentamento, ao realizar sua higiene no ambiente que ele temia ficou mais confiante e aliviado. Pois ele queria tomar banho só que tinha medo.</p>	<p>Você pode continuar agindo assim e dando vitória aos que não gostam de você, mas estou lhe dizendo que o banheiro foi revistado por mim, e você confia em mim. Então quero que você se esforce e sei que você consegue, aprenda a realizar sua higiene sem se preocupar com os outros, pois você sentirá o benefício após o banho.</p>
<p>Quando ele apresentava comportamento autodestrutivo como ficar apertando os dedos a ponto de deixá-los cianóticos, e mania de roer as unhas até a carne. Essa atitude era para demonstrar a sua irritabilidade com o mundo.</p> <p>A técnica foi de ordem para mudança de comportamento e diminuir a automutilação, enfatizando que ele iria se prejudicar em não poder participar da terapia sem os dedos, deixei a escolha para ele, e ele respondeu parando com essas manias.</p>	<p>Eu sugiro que você pare com isso. Quem está sentindo a dor? Do que adianta você se machucar? Olha só o mundo vai continuar e as pessoas não estão ligando se você vai comer seus dedos, então pense quem está sendo prejudicado e pare com essa atitude, senão terei que colocar luvas em você, e não terá como pintar com elas, você quer isso?</p>

[8].

CONCLUSÃO

Os objetivos do presente estudo foram atingidos de maneira comprobatória e o levantamento bibliográfico trouxe amplo conhecimento sobre a patologia primária e as decorrentes a ela.

É fundamental respeitar a forma como cada indivíduo coloca suas questões, mesmo sendo evidente a percepção deficitária dos seus problemas por parte do paciente. O Enfermeiro é quem mais tem contato com o paciente e deve beneficiar a ambos dessa

posição. No caso do paciente deste artigo que possuía percepções delirantes, não convinha lhe fazermos muitas perguntas uma vez que ele interpretaria isso como atitude persecutória.

A presença de sintomas depressivos é um forte indicador da QVRS e pacientes com ELT além de buscar o controle das crises, é igualmente importante a atenção a presença da depressão. Através do BDI pudemos avaliar seu nível depressivo e desenvolver plano assistencial ligado a crise almejando a elevação de seu auto estima.

Pessoas com paranóia são de difícil convivência e sofrem por isso, mas trazem consigo o lado criativo da doença, ao invés do déficit o superávit, no lugar da incapacidade, a ebulição da produção, sendo um aspecto da doença que somente a Neurologia e Psiquiatria tem o privilégio de estudar. Os potenciais que se tornam transparentes nesses pacientes como a pintura, desenho arquitetônico, e etc, poderiam nunca ser percebidos caso não fosse a imersão na doença. Finalizo com uma frase de William Osler: “*não pergunte qual doença a pessoa tem, mas antes que pessoa a doença tem*” [5].

Quanto a administração de medicamentos a esses pacientes, observamos a ocorrência de erros como: interações medicamentosas incorretas, desconhecimento sobre determinados medicamentos. Seguindo o AME [19], todos os cuidados de enfermagem estão detalhadamente explicados, inclusive o tipo de alimentação que prejudica a meia vida do fármaco; ficando claro que iatrogenias desse porte poderiam ser evitadas e com isso a integridade do paciente garantida.

Ref.Biblio

[1] ^{Departamento} e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP)

[2] Adams et al., Principles of Neurology, 6th ed.

[3] **Ballone GJ**, Psicose delirante Crônica - Em in PsiqWeb. <http://www.psiqweb.med.br/>, atualizado em 2005

[4] Duarte, Paulo ET AL, S. Hipometabolismo cerebral em pacientes com esclerose mesial temporal demonstrado pelo FDG-PET, 2010

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000500012&lng=en. doi: 10.1590/S0004-282X2000000500012

[5] Hermann BP, Whitman S, Wyler AR, Richey T, Dell J. The neurological, psychosocial and demographic correlates of hypergraphia in patients with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988.

[6] Kanner AM, Rivas Nieto JC. Depressive disorders in epilepsy. *Neurology* 1999.

[7] Gorenstein C, Andrade LHSG. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escala de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo. Lemos Editorial; 2000

[8] Possi Karine et al, Part of the International Journal of Psychiatry-ISSN 1359 7620: Psychiatry on line Brazil, volume 15, <http://www.polbr.med.br/ano10/art0110.php>, 2009

9. Harden CL. The co-morbidity of depression and epilepsy: epidemiology, etiology and treatment. *Neurology* 2002.

10 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, MeinãoI, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Ver. Bras Reumatol* 1999.

11. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory: Manual. USA. The Psychological Corporation; 1993. 20p.

12 Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: association with chronicity of epilepsy and impact on quality of life. *Epilepsy Behav* 2000; 1(13):184-90.

14 Ligações entre NANDA, NIC e NOC, 2ª edição, Ed. Artmed, RS, 2009

15 Sterian, Alexandra. Emergências Psiquiátricas: uma abordagem Psicanalítica, São Paulo 4ªedição, Editora Casa do Psicólogo, 2001

16 Galende Emiliano, Suprimiento Mental, El. Editora Lugar Editorial, 2006

17 Apêndices: <http://www.forma-te.com/mediateca/download-document/4047-inventario-de-depressao-de-beck.html>

18 Potter, P, A, Fundamentos de Enfermagem, Rio de Janeiro (RJ), Elseiver, 2006.

19 AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem – 10 anos: 2009/2010. Edição Ouro. Rio de Janeiro. EPUB. 2009.

20 Thase ME, Sullivan LR. Relapse and recurrence of depression: A practical approach for prevention. CNS Drugs 1995.

21 Classificação Internacional de Doenças CID 10
<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>