

PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO FAMILIAR DE UM
ADOLESCENTE COM ESQUIZOFRENIA A PARTIR DO MODELO CALGARY

Nursing process in the family context of an
adolescent with schizophrenia from the calgary model



ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 1 | Ano 2024

Antonia Janielly Negreiros de Moraes¹; Marcos Aguiar Ribeiro; Diogenes Farias Gomes;
Anderson Matheus Pereira da Silva; David Gomes Araújo Júnior; Rodrigo Marques Damasceno;
Tainara Paulino Damasceno; Danilo Freire Pessoa; Brenna Kessia Pereira de Sousa; Adriana Santos Araújo

RESUMO

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo, sob abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso subsidiado pela Teoria das Necessidades Humanas Básica de Wanda Horta e Modelo Calgary de Avaliação Familiar o qual objetivou-se desenvolver o processo de enfermagem no contexto familiar de um adolescente com esquizofrenia. O levantamento dos problemas de enfermagem possibilitou a identificação de cinco diagnósticos de enfermagem concernentes às esferas biopsicossociais, diante dos quais foram elaboradas intervenções intuindo a minimização dos danos acarretados pela patologia no contexto familiar. O referencial utilizado permitiu contemplar os objetivos propostos, permitindo constatar a importância da atuação do enfermeiro frente à assistência familiar tendo pessoa com esquizofrenia.

Palavras-chave: enfermagem, esquizofrenia, transtorno mental

ABSTRACT

This was an exploratory-descriptive study, under a qualitative approach, of the case study type subsidized by the Basic Human Needs Theory of Wanda Horta and the Calgary Family Assessment Model, which aimed to develop the Nursing Process in the family context of a With schizophrenia. The survey of nursing problems allowed the identification of five nursing diagnoses concerning the biopsychosocial spheres, before which interventions were designed to minimize the damage caused by the pathology in the family context. The reference framework used allowed to contemplate the proposed objectives, allowing to verify the importance of the nurses' performance in relation to family care. I have a person with schizophrenia.

Keywords: nursing, schizophrenia, mental disorder.

¹ Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Sobral-CE

Autor de correspondência

Antonia Janielly Negreiros de Moraes

janielly.57@gmail.com

DOI: [10.36692/V16N1-147R](https://doi.org/10.36692/V16N1-147R)

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde caracteriza os transtornos esquizofrênicos por distorções do pensamento e da percepção, destacando a presença de alucinações, delírios e perturbações grosseiras do comportamento. Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta versão, define o transtorno como fazendo parte de um contínuo de sintomas, trazendo a denominação Espectro da Esquizofrenia, caracterizando-o também pela presença de sintomas tais como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico e sintomas negativos ¹.

Os transtornos psiquiátricos podem ser entendidos como uma disfunção em dada atividade cerebral, podendo afetar o comportamento, o humor, o aprendizado, o raciocínio e a comunicação, bem como as atividades sociais, tornando, assim, o indivíduo limitado socialmente ². Transtornos mentais são caracterizados como alterações nos funcionamentos da mente, atrapalhando o desempenho na vida familiar, social, pessoal, cognitiva, laboral e no entendimento de si e dos outros ³.

Com o tempo, as reformas psiquiátricas em vários países e no Brasil vêm para proporcionar um olhar diferenciado e humanizado sobre o cuidado para com o sujeito, ou seja, a desinstitucionalização do doente mental veio para

romper barreiras sobre as interações, com o objetivo de inserir o doente mental no meio social com um atendimento psicossocial humanizado ⁴.

O Sistema Único de Saúde do Brasil é uma referência importante para organizar a ideia de cuidado em saúde, que, por sua vez, é entendida como uma garantia de que a pessoa que está passando por algum problema de saúde tenha acesso aos cuidados devidos para o enfrentamento de seus problemas ⁵. Existem redes inseridas no SUS que integram os serviços de atenção psicossocial e de saúde mental, como: os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), a ESF (Estratégia a Saúde da família), a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Cuidar de uma pessoa com esquizofrenia está relacionado a imposições, principalmente, sociais, de crenças e culturas, em sua maioria, ligadas aos familiares do dependente ⁶. No entanto, estas famílias que convivem com a esquizofrenia têm o apoio desses serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de autonomias e atividades terapêuticas ⁷.

Ao se tratar de uma pessoa com transtorno mental, essencialmente, a esquizofrenia, é possível enfatizar que a sociedade demonstra claramente seus preconceitos e os estigmas criados em relação a este transtorno, fatores estes que dificultam a integração social e a vida em comunidade do indivíduo. Sendo assim, a pessoa com transtorno mental e seus cuidadores sofrem não só pela doença em si, mas, também, pelo preconceito que segrega e impede oportunidades para a vida independente ³.

Cuidar e acompanhar uma pessoa com transtorno mental requer uma atenção especial, pois é preciso entender muitas coisas para que esse cuidado aconteça de forma correta, dentre elas, estão, compreender os comportamentos do indivíduo, saber que cada situação é única e que vivemos em um mundo diverso, em que todo indivíduo é formado por crenças e valores. Além disso, existe o desafio de entender e separar o que é real e o que não é, em geral, a família está encarregada da função de cuidar. O responsável pelo paciente precisa estar sempre atento a cada comportamento e aos horários de medicações (se estes forem necessários), como também as demais atividades que devem ser executadas de acordo com as limitações e necessidades do paciente³.

Nesta perspectiva, o Modelo Calgary de Avaliação da Família permite avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema. Baseado numa perspectiva multidimensional da família, esse modelo integra as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, cada uma delas dividida em categorias e subcategorias⁸. No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, a adoção deste modelo é indicada como benéfica à promoção da interação com as famílias e ao melhor planejamento dos cuidados⁹.

Compreende-se que, juntamente com a equipe da rede psicossocial, uma rede social ampla e resolutiva, de preparo, acolhimento, apoio e orientação por parte dos profissionais

pode contribuir para que a família assuma o seu papel de provedora de cuidado e se torne uma efetiva unidade básica de saúde, capaz de resolver os problemas do viver cotidiano^(10,11).

Sabe-se que a identificação de pessoas que vivenciam transtornos mentais, especialmente a esquizofrenia, requer um olhar mais amplo, humanizado e integrado das equipes de saúde de modo que os problemas mentais sejam reconhecidos e as ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos, acolhimento e cuidado aos pacientes e familiares sejam repensados e estimulados.

Dessa forma, o cuidado de enfermagem no âmbito da saúde mental precisa considerar o contexto familiar em que a pessoa com transtorno mental está inserida, de modo a promover uma assistência sistematizada que considere os aspectos biopsicossociais. Neste ínterim, esse trabalho tem como objetivo desenvolver o processo de enfermagem no contexto familiar de um adolescente com esquizofrenia, tendo como referência a Teoria das necessidades Humanas Básicas e o Modelo Calgary de avaliação familiar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, sob abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa é constituída como um estudo de caso clínico, o qual trata de uma abordagem amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais, a fim de aprofundar um

ou poucos objetos, de maneira a permitir um detalhado conhecimento sobre o caso ¹².

Os participantes do estudo foram os integrantes da família de um adolescente com esquizofrenia, de um município no Noroeste cearense do Brasil, na chapada da Ibiapaba, a 360 Km da capital.

A coleta de dados foi realizada na residência da referida família, por meio de visitas domiciliares que foram agendadas previamente. O período do estudo ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2016.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro de Avaliação Familiar seguindo o Modelo Calgary, sendo este subsidiado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, a partir do histórico de enfermagem (anamnese e exame físico). Ademais, utilizou-se da análise do prontuário familiar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para a realização e alcance dos objetivos propostos, foram identificados os Diagnósticos de Enfermagem, baseando-se na Taxonomia II da North American Nursing Diagnoses Association ¹³, elaboradas ações de promoção da saúde por meio da construção dos resultados utilizando a Classificação dos Resultados de Enfermagem ¹⁴ e Classificação das Intervenções de Enfermagem ¹⁵.

A pesquisa foi alinhada com base nos princípios regidos pela Resolução nº 466/12 - Conselho Nacional de Saúde ¹⁶, em que foram atendidas às exigências éticas e científicas

fundamentais para o trabalho com seres humanos. A responsável pelo sujeito do estudo foi comunicada acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo o qual foi obtida a autorização, número do parecer: 1.692.107.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Identificação Do Caso

A.N.S sexo masculino, 19 anos, cor parda, brasileiro, residente em município no Noroeste cearense do Brasil, nega doenças na infância e algum tipo de vício atualmente. Tem histórico de doença mental na família, porém nenhum caso de internação. Mãe relata que o filho começou a “ficar triste” com 12 anos de idade, tinha medo de subir escadas, falava que estava “tendo visões” contava os minutos do relógio, “via desenhos na parede”, ficava em pé o dia todo, só deitava a noite na hora de dormir, e dormia com a mãe, pois tinha muito medo de ficar sozinho. Em 2006 percebendo que A.N.S. não estava bem, a mãe resolveu leva-lo para fazer uma consulta no posto de saúde. Em análise ao prontuário foi encontrado o seguinte registro: “Mãe trouxe criança devido a tristeza há um mês, a criança chora, relata ter medo de ficar sozinho. Mãe relata que a criança não quer afastar-se dela, evita outras pessoas, inclusive entre os cômodos da casa. Paciente não sabe informar quanto as razões. Relata-se triste, mas não sabe porque, se mantém em silêncio quase todo o tempo. Encaminho a preceptoria. Oriento distrair

a criança”. No ano seguinte paciente retorna ao posto de saúde, para consulta e são registradas as seguintes informações. “Paciente com relato de alucinações, solilóquios, medo generalizado, sem agressividade e foi encaminhado para uma consulta no CAPS, em que resultou na hipótese diagnóstica de Esquizofrenia. No CAPS A.N.S, realiza atividades como futsal, peteca, vôlei e participa de teatro, além de manter o tratamento medicamentoso, onde faz o uso de Clonazepan 2mg, Fluoxentina 20mg, Fernegan 25 mg, Cloridato de clomipramina.

Domínio Estrutural da Avaliação Familiar

A avaliação estrutural de acordo com o Método de Calgary refere-se aos aspectos estruturais da família, integrando três estruturas: interna, externa e contexto.

A partir da construção do genograma e ecomapa (Figura 1), pôde-se conhecer a estrutura interna e externa da família.

O genograma é uma árvore familiar que representa a estrutura interna da família e pode incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações¹⁷.

O ecomapa objetiva a representação gráfica com impacto visual dos relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, tais como escolas, tribunais, instituições de saúde¹⁷.

A mãe tem 55 anos, divorciada, a filha tem 25 anos, solteira, o filho tem 19 anos, solteiro, foi

identificado como portador de Esquizofrenia e é tratado no CAPS em um município no Noroeste cearense do Brasil.

Na estrutura interna está a composição familiar onde o esquizofrênico, pessoa índice, considera como família as pessoas que moram com ele e os familiares mais próximos como mãe, irmã, sobrinho, avós e tias.

A pessoa índice é um adolescente, 19 anos, não trabalha, onde se trabalhasse, o trabalho o ajudaria na inserção social, a melhorar a autoestima e a pensar que seria capaz de desenvolver algo. Possui Ensino Médio incompleto, mora com a mãe, irmã de 25 anos e sobrinho de 3 anos de idade. Possui um relacionamento muito ligado com a família e a fé. O sistema conjugal é deficiente devido à falta de valores, expectativas e para seu funcionamento é necessário abrir mão de parte de suas ideias e preferências, perdendo individualidade, o que não acontece na vida da mãe e do padrasto; o sistema parenteral não é bem estruturado envolvendo o cuidado da pessoa índice e as funções de socialização, sendo ampliado para avós e tias; e o sistema fraternal é bem estruturado composto pelo irmão, que ajuda no cuidado do irmão, desenvolvendo a capacidade de cooperação, pertinência e reconhecimento. Os limites familiares devido às disfuncionalidades são rígidos e difusos; o estilo de limite restringe a família de ter um relacionamento embasado na compreensão e companheirismo.

Na categoria externa está à extensão familiar onde estão os parentes mais próximos como: a mãe, avó, irmã, sobrinho, tias. Diante dos problemas busca a ajuda da mãe e da irmã onde costuma pedir ajuda emocional e, às vezes, financeira. Comunica-se pessoalmente e com facilidade com os seus familiares maternos porque moram na mesma rua. Porém não costuma ver os familiares paternos, devido os pais serem divorciados. A família interage bem com a vizinhança, amigos, redes sociais, trabalho, academia, serviços de saúde, faculdade, familiares, fé e conflituosa como as diversas formas de lazer.

Na categoria do contexto familiar está raça/etnia onde a pessoa índice é morena, a mãe é branca e a irmã morena. Para a família, saúde significa bem estar físico, psicológico e social. A pessoa índice recebe auxílio doença e a irmã trabalha, ambos possuem uma renda de um salário mínimo, compondo a renda familiar de dois salários mínimos suprindo as necessidades básicas da família. Trata-se de uma família católica, a irmã refere acompanhar as orações religiosas pelo rádio, por não poder ir à Igreja devido trabalhar durante o dia e fazer faculdade a noite. A mãe e o A.N.S acreditam no poder de Deus e acham que ele é o único que poderá resolver seus problemas. A família mora em um bairro cuja população apresenta baixo poder aquisitivo. A casa possui 09 cômodos. A casa é simples e com condições de higiene precárias.

Domínio de Desenvolvimento da Avaliação Familiar

A família tradicional brasileira é quando os papéis e funções são bem definidos com pais heterossexuais, o pai como o chefe ou cabeça da família sendo o principal provedor do sustento, a mãe com um papel definido de cuidar dos filhos e manter a casa e a criação e manutenção de casamentos de acordo com regras ou diretrizes católicas¹⁸.

Esta é uma da família que se assemelha às famílias tradicionais na nossa sociedade, o ambiente familiar é composto por três gerações: avós, pais e filhos. Identifiquei duas fases dos estágios da vida familiar: a família com filho pequeno e a família no estágio tardio da vida.

Na fase “a família com filhos pequenos” surgem os papéis sociais de pais e avós. Trata-se de uma fase de desafio, onde é necessária uma união conjugal para assumir as responsabilidades e lidar com as demandas de crianças dependentes. Na família do estudo os pais da criança não assumem suas responsabilidades, porque são separados e estão a cargo da avó.

Na fase “a família no estágio tardio da vida”, a cuidadora passa por transformações e declínio fisiológico inerente ao avanço da idade. Há necessidade de aceitação das mudanças de papéis das gerações. Nesta família, está impossibilitado de assumir seu próprio envelhecimento á que está sobrecarregada com o cuidado do filho esquizofrênico e do neto que é menor de idade. A família teve que criar um modelo de adaptação para lidar com a nova situação, o que culminou na sobrecarga do papel da cuidadora.

Domínio Funcional da Avaliação Familiar

A Avaliação Funcional refere-se “aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros”, integrando duas dimensões elementares do funcionamento da família: a instrumental e a expressiva¹⁷.

A pessoa com transtorno fica a manhã inteira dormindo, a mãe o acorda as 11 horas para tomar a medicação e almoçar. A tarde fica a maior parte do tempo lendo a bíblia, quando não está lendo a bíblia está na casa dos familiares. Quando tem consulta marcada no CAPS geralmente é pelas tardes. A noite fica com sua mãe assistindo TV. A pessoa índice relatou: “minha vida é muito sem graça!”.

A equipe de enfermagem pode estar estimulando a pessoa índice, dentro de suas potencialidades, com o cuidado de se evitar a superestimação ou a sobrecarga de responsabilidades e demandas que possam desestruturá-lo. Ele pode ser gradativamente encorajado a assumir novas responsabilidades à medida que se mostrar mais seguro e confortável em sua função, assim ele não acharia sua vida “sem graça”.

Durante o fim de semana a pessoa índice tem como lazer sair com sua mãe e sua irmã para ir à feira, mercantil e dar uma volta na cidade, mas relatou que não gosta. Possui facilidade de comunicação emocional, verbal e não-verbal.

Processo de Enfermagem e o Modelo Calgary

Mediante a apuração das principais problemáticas de enfermagem e demandas de assistência, foi possível fazer o levantamento de cinco diagnósticos de enfermagem, concernentes às necessidades psicobiológicas e psicossociais da pessoa índice de acordo com a Nanda¹³ e foi percebido que eles possuem convergência com o modelo calgary, porém não foi encontrado diagnóstico de enfermagem em relação com a categoria estrutural, pois todos os encontrados teve convergência com as categorias desenvolvimento e funcional. A fim de dinamizar e possibilitar uma melhor compreensão, este foi alinhado no quadro 1, e foi apresentado, conforme suas relações e evidências.

Todos os diagnósticos da Nanda¹³ possuem convergência com o Modelo Calgary, especialmente com as categorias desenvolvimento e funcional. Para estes diagnósticos não foi percebido relação com a categoria estrutural¹⁹.

Evolução de enfermagem de acordo com as intervenções realizadas

Em relação com o déficit de autocuidado no banho, foi orientado a mãe a ficar ao lado da porta do banheiro pra que ele se sinta protegido e tenha certeza que nada vai estar atrás dele, após esse cuidado mãe relata que o filho voltou a tomar banho sem sentir tanto medo. Quanto na confusão aguda foi orientado a mãe sempre conversar com o filho, pedir pra

ele realizar atividades como jogar vídeo games, assistir futebol e demais programas preferidos. Observamos nas próximas visitas que ele estava mais atencioso, quando perguntávamos algo logo respondia. Em meio a ansiedade buscamos orientar a mãe para conversar sobre assuntos que ele gostava, dando bastante atenção ao mesmo tentando distraí-lo e não esquecendo de dar a medicação no horário correto. Já em relação ao medo tentamos fazê-lo compreender que o medo que ele tinha da aproximação com o diabo, eram apenas ideias imaginárias, que isso não existia e que o mesmo fosse a igreja rezar, pedir a Deus para afastar esses pensamentos ruins e também que procurasse pensamentos bons para que os ruins se afastassem. Após alguns dias ele nos relatou que já estava conseguindo concentrar-se, pois começava a rezar pensando em Jesus. E quanto ao isolamento social buscamos aconselhar o paciente a voltar para as atividades da qual tinha se ausentado e que ele procurasse aproxima-se e conversar com outras pessoas. Assim, após alguns dias, em outra visita realizada, mãe nos relatou que o filho já estava saindo sozinho para jogar e já ficava andando de bicicleta pela rua onde morava.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem deve sempre buscar o caminho para cuidar do indivíduo e da família de forma humanizada, e culturalmente adequada às necessidades apresentadas. Além disso, deve estar

comprometida com os mesmos na sua totalidade, conhecendo o meio onde vivem e também as relações estabelecidas entre eles. Nesse sentido, o Modelo Calgary de Famílias pode contribuir para criar meios para os profissionais de saúde desenvolverem uma assistência integral, na perspectiva da abordagem do indivíduo, no seu contexto de vida familiar e comunitária, na busca de solução para os problemas encontrados.

Foi percebido que destinar atenção às famílias e corresponsabilizá-las no cuidado, juntamente com os profissionais da saúde é a melhor forma de buscar os objetivos descritos no plano terapêutico. Contudo, como aprendizado ficará uma nova visão mais ampla e diversificada sobre os pacientes com transtornos mentais, pois foi visto que eles são cientes das suas fraquezas, mas também das suas potencialidades e da sua igualdade com as outras pessoas. Não pode deixar de ver que isso tudo é resultado de uma reforma psiquiátrica que está sendo bem sucedida, mas que ainda precisa de muitas mudanças e melhoras.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
3. GUEDES, P.S.S.; SANTOS, J.D. Psicopatologias que acometem cuidadores de familiar com transtorno mental. Revista Fatec de Tecnologia e Ciências, v.5, n.1, 2020.
4. AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciência e Saúde Coletiva, v.23, 2018.
5. FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1º ed. Rio de Janeiro:

Hexis, 2016.

6. DOURADO, D.; ROLIM, J.A.; AHNERTH, N. Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v.1, 2017.

7. BOFF, E.T.O.; FORCHESATTO, A.J.; RAVASIO, M.H. Estudo cognitivo em sujeitos com esquizofrenia de um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). *ETD: Educação Temática Digital*, v. 22, n. 1, p. 253-274, 2020.

8. MORSE JM. Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa. Coimbra: Formasau; 2007

9. MOURA LS, KANTORSKI LP, GALERA SA. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipa de saúde da família. *Rev Gauch Enferm*. 2006 mar.;27(1):35-44

10. BORBA LO, KANTORSKI LP, SCHWARTZ E. Stress on families living with the reality of mental disorder. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):588-93.

11. PEREIRA MAO, PEREIRA JÚNIOR A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4):92-100.

12. GIL AC (2010). Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Atlas;

13. Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermagem da Nanda(2012-2014): definições e classificações. Porto Alegre: Artmed

14. MOORHEAD S, JOHNSON M & MASS M.(2010); Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC. 3 ed. Porto Alegre: Artmed.

15. DOCHETERMAN JM & BULECHEK GM (2010). Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. 4 ed. Porto Alegre: Artmed;

16. BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

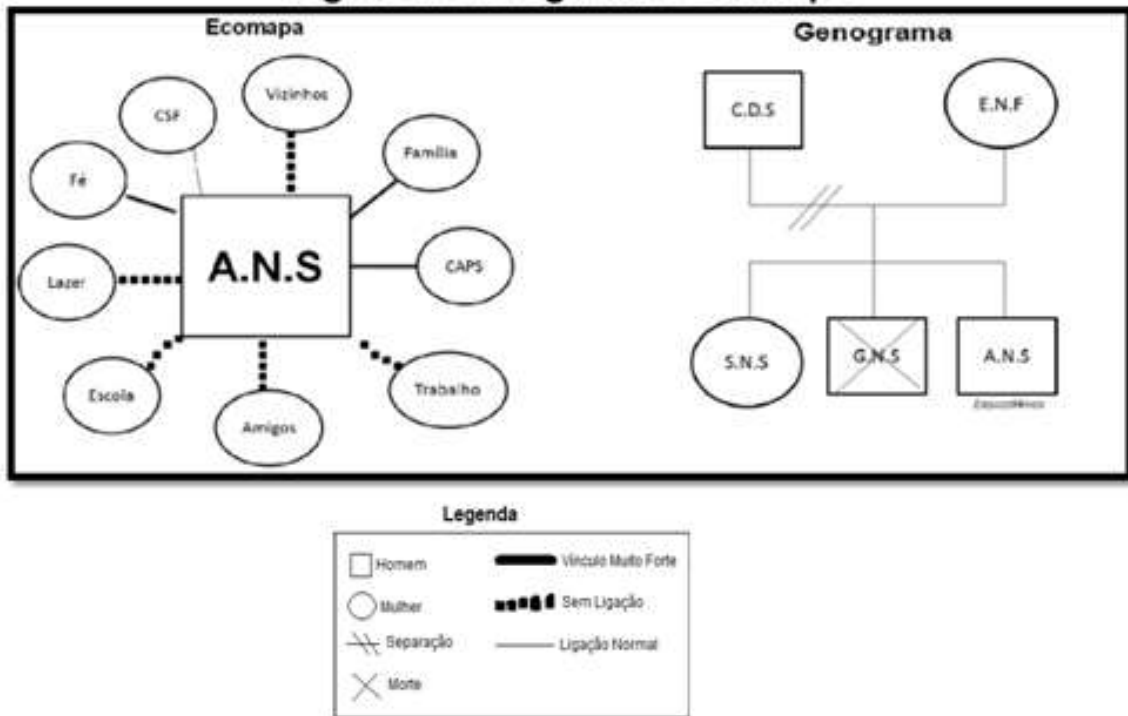
17. WRIGHT LM, LEAHEY M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca; 2012.

18. ERRICO, S. M. Características da família tradicional.2016, Disponível em: [<http://br.innata.com/c-organizacao-familiar/a-caracteristicas-da-familia-tradicional-2839.html>].

19 MONTEFUSCO, S. R. A. Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Famílias em Situação de Acompanhamento Hospitalar Utilizando o Modelo calgary. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás. 2007

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.

Figura 1: Genograma e Ecomapa



Fonte: própria (2016)

Quadro 1: Processo de Enfermagem a família de um Adolescente com Esquizofrenia

Categoria do modelo calgary	Necessidades Humanas Básicas Afetadas	Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Desenvolvimento	<p>Psicossocial:</p> <p>Orientação no tempo e espaço</p>	<p>Confusão aguda, relacionado a delírios, evidenciado pelas vozes que quando elas aparecem, são muitas e n</p>	<p>Nível de agitação</p> <p>Escala: de moderado (grau3) para nenhum (nível 5)</p> <p>Indicadores: Irritabilidade; inquietação</p>	<p>Providenciar segurança e conforto ao paciente quando ele for incapaz de controlar o comportamento.</p>
Funcional	<p>Psicossocial:</p> <p>Segurança</p>	<p>Medo, relacionado a estímulos entendidos como ameaça evidenciado pelas visões que já teve com o “diabo” no banheiro</p>	<p>Autocontrole do medo</p> <p>Escala: de nunca demonstrado (nível 1) para constantemente demonstrado (nível 5)</p> <p>Indicadores: Controle da reação ao medo</p>	<p>Encorajar o domínio gradativo da situação</p>
	<p>Psicobiológica: Cuidado corporal</p>	<p>Déficit de autocuidado para banho, relacionado a prejuízo cognitivo, evidenciado pelo medo de ver o “diabo” no banheiro</p>	<p>Autocuidado: banho</p> <p>Escala: de muito comprometido (grau 2) para não comprometido (grau 5)</p> <p>Indicadores: capacidade de entrar no banheiro e sair dele</p>	<p>Auxiliar banho do paciente de pé no chuveiro</p>
	<p>Psicossocial:</p> <p>Comunicação</p>	<p>Isolamento social, relacionado por comportamento social inaceitável, evidenciado pelo fato de gostar da bíblia e pessoas não aceitarem o que ele entende sobre ela.</p>	<p>Envolvimento social</p> <p>Escala: de algumas vezes demonstrado (nível 3) para consistentemente demonstrado (nível 5).</p> <p>Indicadores: Participação em atividades de lazer com os outros</p>	<p>Encorajar atividades sociais e comunitárias</p>