



Centro de Estudos Superiores de Itaituba – LTDA

Faculdade de Itaituba – FAI

Curso de Bacharelado em Enfermagem

JAIANE GASPAR DE ALMEIDA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: Uma
Revisão Literária sobre Esquizofrenia.**

Itaituba-PA

2017

JAIANE GASPAR DE ALMEIDA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: Uma
Revisão Literária sobre Esquizofrenia.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba, para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Djalмира de Sá Almeida.

Itaituba - PA

2017

Almeida, Jaiane Gaspar. Assistência de Enfermagem em Saúde Mental: Uma Revisão Literária sobre Esquizofrenia: Jaiane Gaspar de Almeida. Itaituba: FAI, 2017. 49 fls.

Orientadora: Djalmira de Sá Almeida Barros.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2017.

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Orientadora: Djalmira de Sá Almeida Barros. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2017.

JAIANE GASPAR DE ALMEIDA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: Uma
Revisão Literária sobre Esquizofrenia**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de bacharel
no Curso de Graduação em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof.^a Aline Soares dos Santos - MSC.

Avaliador : _____ Nota: _____

Prof.^a Djalмира de Sá Almeida Barros – Dr.^a

Avaliador: _____ Nota: _____

Resultado: _____ Média: _____

Data: 20 de janeiro de 2017

*Este trabalho é dedicado inicialmente a Deus
por me guiar nos caminhos mais difíceis e a
minha família pelo apoio, amor e dedicação.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo milagre da vida, por ter me permitido chegar até esse momento, por guiar meus passos em caminhos iluminados, por fortalecer meus ombros nos meus momentos de fraqueza.

Agradeço a minha mãe Nelcina Gaspar por ter me ensinado a nunca desistir e lutar sempre pelos meus sonhos, a minha irmã Meyreane Gaspar pelo estímulo e apoio e por estar sempre ao meu lado, ao meu esposo Francinaldo Silva pela disponibilidade e confiança mesmo quando o trabalho me impediu de ser mais presente.

Agradeço a minha orientadora Dr^a Djalмира de Sá Almeida, por ter me aceitado como orientanda e não desistir mim, pelos seus ensinamentos e paciência.

Aos meus amigos da faculdade que levarei para toda a vida: Elielda Sá Pinheiro, Wanette Soares, Suzete Soares, Arlison Magno, Elizangela Soares, Dorisvane Castro e Edvan Miranda, pelas diversões, pelas conversas e incentivos e por estarem sempre disponíveis e prontos para me apoiar nos momentos difíceis na minha vida acadêmica e pessoal.

Agradeço aos meus colegas de trabalho pela compreensão, aos meus amigos Andreia Cristina Braz e Michel Fonseca e todos os amigos que de forma direta ou indireta participaram desse momento me dando forças e acreditando em mim.

As líderes da Pastoral da Criança da comunidade Nossa Senhora do Bom Remédio e as famílias que eu acompanho na pastoral, a Ordem Franciscana Secular, e ao padre Divaldo pela compreensão da minha ausência durante as atividades realizadas na comunidade.

Por fim, agradeço aos docentes que me acompanharam nesse percurso acadêmico, tanto teórico como prático, proporcionando-me a oportunidade de adquirir conhecimentos para toda a vida, especialmente àqueles pelos quais tenho muito admiração.

"Você é aquilo que ninguém vê. Uma coleção de histórias, estórias, memórias, dores, delícias, pecados, bondades, tragédias, sucessos, sentimentos e pensamentos. Se definir é se limitar. Você é um eterno parênteses em aberto, enquanto sua eternidade durar. "

(Machado de Assis)

RESUMO

Durante as atividades de estágio em acompanhamento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foram observadas situações as quais provocaram dúvidas com relação ao acolhimento dos pacientes acometidos por enfermidades psicopatológicas. Um exemplo verificado é o caso do profissional que acolhe, que na maioria das vezes, não tem um preparo específico para a função desenvolvida, o que leva a deduzir que os pacientes não estão sendo bem atendidos, servindo como motivação pessoal para pesquisar sobre o assunto, principalmente sobre a Esquizofrenia, cuja patologia assistida é a mais comum na Instituição. Questiona-se: qual o papel do enfermeiro no acompanhamento, orientação e ações educativas ao paciente com problema mental, no caso da esquizofrenia? O trabalho contribui para a formação acadêmica do Enfermeiro e para a sociedade, no sentido em que os profissionais possam dar uma atenção especial, em relação à segurança de lidar com pacientes Esquizofrênicos. A pesquisa consistiu em um Levantamento Bibliográfico acrescido de uma Revisão Literária sobre Esquizofrenia quanto ao atendimento por um profissional de saúde. O objetivo geral é conhecer se o enfermeiro está preparado para assistir o paciente com transtorno mental, conferindo os resultados de pesquisas realizadas em diferentes regiões do Brasil, para isto tendo que identificar os principais problemas que ocorrem na utilização do conhecimento e técnicas necessárias para lidar no convívio com o paciente acometido de transtorno mental. Concluiu-se que os profissionais de saúde precisam aprimorar suas habilidades e competências no acompanhamento e tratamento dos pacientes com transtornos mentais, incorporando novas atitudes, tanto na sua prática quanto na sua concepção de cuidado, considerando a subjetividade, a singularidade e a visão do mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.

Palavras - Chave: Transtornos Mentais. Esquizofrenia. Revisão Literária. Papel do Enfermeiro.

ABSTRACT

During the follow-up to the Psychosocial Care Center (PCC), situations were observed which raised doubts regarding the reception of patients with psychopathological diseases. A verified example is the case of the professional that welcomes, which most of the times, does not have a specific preparation for the function developed, which leads to deduce that the patients are not being well attended, serving as personal motivation to research on the subject, Mainly on Schizophrenia, whose assisted pathology is the most common in the institution. It is questioned: what is the role of the nurse in the follow-up, orientation and educational actions to the patient with mental problem, in the case of schizophrenia? This work contributes to the academic training of the nurse and to society, in the sense that professionals can pay special attention to the safety of dealing with patients with schizophrenia. The research consisted of a Bibliographic Survey plus a Literary Review on Schizophrenia regarding the care by a health professional. The general objective is to know the nursing staff's role in the care of patients with mental disorders, conferring the results of researches performed in different regions of Brazil, having to identify the main problems that occur in the use of knowledge and techniques necessary for Deal with the patient with mental disorder. It was concluded that health professionals need to improve their skills in the follow-up and treatment of patients with mental disorders, incorporating new attitudes both in their practice and in their conception of care, considering the subjectivity, uniqueness and vision of the user's world In the process of integral health care.

Keywords: Mental Disorders. Schizophrenia. Literary Review. The role of the nurse.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CID – Classificação Internacional de Doenças
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECT - Eletroconvulsoterapia
ESF – Estratégia Saúde na Família
HCGV – Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PTS - Projetos Terapêuticos Singulares
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	CONCEITO DE SAÚDE HUMANA.....	14
2.2	BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	16
2.3	LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	19
2.4	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	20
2.5	ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL.....	24
2.6	ESQUIZOFRENIA.....	26
2.7	TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	28
2.7.1	Delírios	29
2.7.2	Alucinações	29
2.7.3	Desorganização do Pensamento	29
2.7.4	Comportamento Motor Grosseiramente Desorganizado ou Anormal	30
2.7.5	Sintomas Negativos	30
2.8	EPIDEMIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA	30
2.9	TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA	33
3	METODOLOGIA	34
3.1	TIPOS DE ESTUDO	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1	RESULTADOS	36
4.2	DISCUSSÃO.....	42
5	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

Durante as atividades de estágio em acompanhamento ao Centro de Saúde (CAPS), foram observadas situações as quais provocaram dúvidas com relação ao acolhimento dos pacientes acometidos por enfermidades psicopatológicas. Um exemplo verificado é o caso do profissional que acolhe, que na maioria das vezes, não tem um preparo específico para a função desenvolvida, fato este que serviu como motivação pessoal para pesquisar sobre o assunto.

Este estudo parte de um questionamento sobre a saúde mental como um problema de saúde pública que deve ser considerado por todos os trabalhadores da saúde na Atenção Básica, independente de suas formações específicas. Para atender ao cuidado na saúde mental, os profissionais de saúde precisam aprimorar suas competências sobre conceito de Saúde, Direitos Humanos, Legislação que protege os portadores de saúde mental, incorporando novas atitudes, tanto na sua prática quanto na sua concepção de cuidado, considerando a subjetividade, a singularidade e a visão do mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.

O objetivo geral do estudo é analisar se o profissional de enfermagem está preparado emocional e psicologicamente para atuar no cuidado em saúde mental. Os objetivos operacionais específicos são: identificar os principais problemas que ocorrem na utilização do conhecimento e técnicas necessárias para lidar no convívio com o paciente acometido de transtorno mental; descrever a aplicação do processo de cuidado e formação do vínculo entre profissional de enfermagem e o paciente; discutir acerca das atribuições do enfermeiro no atendimento e acompanhamento dos pacientes com doença mental.

Durante a realização do estágio no CAPS, observou-se que o atendimento do cliente com saúde mental não condiz com a necessidade que esse paciente tem em relação aos cuidados e o manejo adotado pelo profissional, e com o nível de segurança com que exerce isso. Isto motivou a escolha deste tema: A Assistência de Enfermagem em saúde Mental: Uma Revisão Literária sobre Esquizofrenia.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), alguns profissionais não

sabem exatamente como abordar esse cliente sem que isso lhes cause uma piora no quadro clínico. Neste sentido, o pesquisa contribuiu para a formação acadêmica do Enfermeiro e para a sociedade no sentido de que possam dar e receber uma atenção especial, em relação à segurança de lidar com pacientes de saúde mental. Para coletar dados para este estudo, foi realizado um Levantamento Bibliográfico sobre Esquizofrenia e uma Revisão Literária acerca do tema, com base na seguinte questão norteadora: Quais as técnicas de trabalho utilizadas pelo enfermeiro no atendimento ao paciente com doença mental?

Esta pesquisa é útil, relevante socialmente e necessário a ser executada, pois em centros urbanos verifica-se um grande índice de pessoas acometidas por transtornos mentais, sendo que o atendimento que recebem restringe-se ao acolhimento do CAPS, não havendo outro ambiente para acompanhamento e internação, apenas em caso de surto para medicação nos hospitais.

O trabalho está dividido em seis partes, a partir do primeiro capítulo com a introdução do estudo; a segunda parte apresenta a fundamentação teórica com suas subdivisões; na terceira parte expõe-se a metodologia utilizada, envolvendo uma Pesquisa Bibliográfica e uma Revisão Literária; a quarta parte traz o resultado da revisão literária; na quinta parte mostra-se uma discussão da teoria utilizada e os resultados obtidos na Revisão Literária; na sexta e última parte são exibidos os aspectos conclusivos da monografia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITO DE SAÚDE HUMANA

O conceito de cuidados primários de saúde apresenta varias conotações e uma proposta política em que no lugar de hospitais, ambulatorios, especialistas, generalistas, arsenal terapêutico, fazem opção por uma lista básica de medicamentos com uma ideologia da utilidade social, desta forma criando uma política de saúde pública sem critérios sociais (SCLAR, 2007).

Assim, a Constituição Federal de 1988, artigo 196, não discute o conceito de saúde, mas determina: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação". Esse princípio norteia o SUS e é o que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos (BRASIL, 1988).

A palavra Saúde tem origem no latim *sanitas* que quer dizer integridade anatômica e funcional dos organismos vivos ou sanidade. Possui outras significações adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): sanidade, ausência de enfermidade de um ser vivo (o mais antigo significado, como em: esteve doente, recuperou a saúde); saudação amistosa (à moda dos romanos antigos); rito verbal exclamativo, quando alguém espirra; estado de capacidade, energia, disposição e vigor físico e mental (como em não tenho saúde para este trabalho), sentido figurado e metafórico; sentir-se bem ou mais ou menos, não se sentir mal (a saúde se manifesta no silêncio dos órgãos, diziam os antigos) (BRASIL, 2004).

A saúde ainda pode ser reconhecida como área do conhecimento e campo de estudo sobre saúde, as ciências da saúde (enfim, todos os estudos sanitários que se interessam pelos indivíduos e comunidades às ciências da saúde); designação sintética dos programas, estabelecimentos, agências ou organismos sociais públicos ou privados destinados a cuidar da saúde dos indivíduos e comunidades; atividade política pública ou programa social governamental voltado para os cuidados com a saúde individual ou coletiva e para a administração desses serviços, como funcionário da saúde, profissão de saúde, Ministério da Saúde e Secretária de Saúde (BRASIL, 2004).

A OMS, organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas, fundada em 1948, define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez”. Essa referencia a ausência de enfermidade ou invalidez é um componente essencial deste conceito de saúde e dele não deve ser separado nem reduzido, principalmente do ponto de vista médico. Essa definição consta no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferencia Sanitária Internacional de Nova York, em vigor desde 1948 (SÁ JUNIOR, 2002).

A questão humana sobre saúde é um problema comum de pessoas e culturas das mais diversas, porém, é a complexidade da relação entre aspectos físicos, ambientais, culturais e sociais do cotidiano de cada indivíduo, relacionando a maneira diferenciada que cada um tem ao pensar, sentir e agir (WALDMAN, 1999).

Arouca (1975) considera que saúde é uma questão que esta ligada ao estado de relacionamento ativo do equilíbrio humano e o processo de relação do homem diante dos processos patógenos. A ocorrência do desequilíbrio seria no sentido de o indivíduo vencer os estímulos ou os agentes vencerem os indivíduos provocando doenças.

Para Capra (1982), a saúde deve ser encarada com um enfoque holístico, partindo de uma ampla perspectiva que diferencie com muita clareza as origens de suas doenças bem como suas manifestações, ainda afirma que a cura de uma doença não torna o indivíduo necessariamente saudável, podendo ser que o bloqueio de determinada doença crie uma situação estressante que transfira a resposta do paciente para outro modo patológico como a doença mental ou comportamento antissocial.

Portanto, percebe-se que a saúde da população ainda é acompanhada por um conceito biológico e hospitalocêntrico, deixando muito a desejar em relação a uma visão holística compreendendo que a saúde também é uma sensação subjetiva, podendo ser intuitivo e nem sempre descritivo ou quantitativo (WALDMAN, 1999).

2.2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A assistência psiquiátrica no Brasil teve como marco a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, após isso foram construídas instituições em Pernambuco, Bahia, Minas Gerais e São Paulo. Os médicos defendiam tratamentos já utilizados na Europa, iniciando assim uma ideia de instituição psiquiátrica com princípio de exclusão (BRASIL, 2006).

Segundo Santos (2009), o tratamento utilizado nos alienados mentais era sem fundamento científico, visto que eram espancados, presos e torturados. Nesse período não havia médico psiquiatra, somente os médicos alienistas ou “médico de alienados mentais” como eram chamados.

Nos anos de 1970, inicia-se um processo de transformações na assistência baseadas em reformas das instituições psiquiátricas denominadas comunidades terapêuticas, e logo após a apresentação de um novo modelo substitutivo aos hospitalocentricos (KNOPP, 2012).

A reforma psiquiátrica no Brasil começou com o movimento sanitário nos anos 70 em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários do serviço de saúde. Era um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, de um lado e na eclosão de outro, com esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, sendo o processo que promoveu as maiores mudanças nas políticas do governo e nos serviços de saúde. Envolveram todas as esferas do governo, as universidades, os mercados dos serviços de saúde, os conselhos profissionais, as associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares atingindo movimentos sociais e território do imaginário social e da opinião pública. Essa reforma ficou caracterizada como um conjunto de transformações práticas de saberes, valores culturais e sociais e serviços marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Os principais componentes dessa Reforma no Brasil estão descrito na literatura médica de 1978 a 1991, com modelo hospitalocêntrico, como o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos do Brasil, denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado

por trabalhadores da saúde, associações familiares e sindicatos de profissionais e pessoas com histórico de internações psiquiátricas, o movimento denunciava a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia da rede privada de assistência. Em um segundo momento, de 1992 a 2000 começa a implantação da rede extra-hospitalar cujos movimentos sociais, inspirados pelo projeto de lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados do Brasil as primeiras leis que substituem progressivamente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, período em que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a se definir. Foi firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental a implantação de serviço de atenção diária dos primeiros CAPS, NAPS, hospitais dias e norma para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A da Lei Nacional Nº 10.216 redireciona assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, impondo um novo impulso para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Atualmente existem em funcionamento no Brasil mais de mil Centros de Atenção Psicossocial, mostrando mudança de 2001 a 2015. Na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental consolidou-se a participação de usuário e familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde, passando a ser um problema de saúde pública. A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria). Este programa passou a vistoriar também os hospitais psiquiátricos do país, reorganizando a rede de saúde mental com o fechamento de leitos psiquiátricos e expansão da rede extra-hospitalar (BRASIL, 2005).

Em consequência, surgiram as residências terapêuticas, casas localizadas no espaço urbano para atender as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos, oferecendo moradia e reintegração na comunidade, geralmente com um cuidador designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos referenciados ao Centro de Atenção Psicossocial que opera junto à rede de atenção à saúde mental. Esse processo de implantação e expansão deste tipo de serviço é recente no Brasil, exigindo dos gestores do SUS uma permanente

articulação com a comunidade (BRASIL, 2005).

Durante muito tempo as clientela acometidas de transtornos mentais foram vítimas de enorme preconceito e desvalorização, sendo, portanto aprisionados e privados do convívio familiar e social. Os manicômios, onde ficavam internados, eram grandes construções que tinham o propósito de segregar pacientes psiquiátricos e submetê-los a tratamentos decididos e definidos pelos seus cuidadores. No Brasil surgiu em 1890 a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, que estava vinculada ao Hospital Nacional de Alienados, sendo a primeira Escola de Enfermagem Brasileira que tinha como finalidade preparar profissionais para atuar com pacientes com transtornos mentais, portanto a enfermagem psiquiátrica tem seu surgimento em hospícios, onde os trabalhadores de enfermagem executavam apenas ordens médicas (OLIVEIRA, 2003).

As constantes mudanças que ocorreram desde a primeira escola oficial de enfermagem, fundada em 1923, Escola de Enfermagem Anna Nery, com a inclusão, 26 anos depois, da matéria relacionada a doenças mentais em seu currículo, e após a reforma psiquiátrica e vários movimentos envolvidos, se reformulou propostas técnico-científico-administrativo na parte psiquiátrica, sendo criados a partir daí normas de regulamentação das internações (MARTINS, 2015).

A doença mental é um campo com inúmeros desafios no cuidado e atendimento do paciente com transtorno mental, permitindo ir além de interpretações cognitivas. No passado não havia discussões sobre saúde mental, transtorno mental ou mesmo sobre psiquiatria, a pessoa acometida era visto como louco não sendo considerado um doente com sofrimento mental e sim como um transtorno para a sociedade. Com o passar do tempo o termo loucura foi sendo substituído por outras terminologias, até chegar ao reconhecimento de transtorno mental (ZÓCCOLI *et al*, 2016).

Em relação à nomenclatura na psiquiatria o termo *mental disorder* se tornou mais adequado do que *mental illness* devido a sua neutralidade de acordo com teorias etiológicas. No Brasil houve uma substituição gradativa do termo doença por distúrbio, transtorno ou desordem. Uma publicação recente do CID 10 propõe o uso do termo transtorno na tentativa de padronizar a nomenclatura. Embora se perceba a importância dos sistemas classificatórios e a utilização de

termos padronizados o conceito de doença é sempre abordada quando se relacionam com aspectos sociais e culturais dos transtornos mentais (VILLARES; REDKO; MARI, 1999).

Vários pacientes que procuram a unidade básica de saúde apresentam sintomas de tristeza e ansiedade, sendo que a cada quatro destes usuários um deles tem transtorno mental de acordo com o CID 10. Os pacientes com transtorno mental apresentam quadros variados, e alguns com episódios mais graves outros menos grave, fazendo parte de uma única síndrome com diferentes dimensões e incluindo sentimentos de desânimo, ansiedade e sintomas físicos, estes são denominados transtornos mentais comuns (GHISLANDI, 2015).

2.3 LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Constituição Federal no Título II, Capítulo I, art. 5º dos direitos e garantias fundamentais assegura que: "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade" (BRASIL, 1988).

O projeto de Lei de Paulo Delgado promulgado em 2001, Lei Federal nº 10.216 conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, que "dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (BRASIL, 2001).

A da Lei 10.216/01 onde assegura a proteção e os direitos de pessoas acometidas de transtornos mentais impulsionou-se então a criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial). Tais mudanças transferiram o enfermeiro de mero coadjuvante para um papel de relevância no que diz respeito à enfermagem psiquiátrica, tornando-os agentes terapêuticos tendo suas ações baseadas no relacionamento junto ao cliente com transtorno mental, no entanto profissional de enfermagem não realiza essa função na prática (MARCOLAN, 1996).

Em 19 de fevereiro de 2002 fica estabelecido pela portaria 336/GM que o CAPS se constitui nas modalidades de CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSad (dependentes de álcool e drogas) e CAPSi (infanto-juvenil) de acordo com o porte, abrangência populacional e complexidade, tais modalidades deverão

ofertar atendimento prioritário ao portador de doença mental, deverão ofertar serviços diários e funcionarão em áreas independentes de estruturas hospitalares (BRASIL, 2002).

A portaria 336/GM ainda descreve as atribuições dos serviços do CAPS que são a responsabilidade pelo processo organizacional da demanda, supervisionar e capacitar à equipe de assistências básicas e de saúde mental, cadastrar pacientes que fazem uso de medicações ofertadas no programa, principalmente de saúde mental, coordenar atividades de supervisão de serviços hospitalares psiquiátricos (CASTRO, 2007).

O Programa de Volta Pra Casa, estabelecido pela Lei nº 10.708/03 viabiliza a reintegração social e alta de pacientes internado em hospitais psiquiátricos há mais de dois anos, recebendo bolsa-auxílio o que as possibilita de retornarem para suas casas ou residências terapêuticas. A diretriz básica desta Lei consiste em redirecionar recursos com internações e possibilitar a reintegração social. As legislações pertinentes de Saúde Mental têm como objetivo garantir um tratamento digno e com qualidade aos que sofrem de transtorno mental, avaliando todos os hospitais psiquiátricos através do PNASH/ Psiquiatria. No Código Penal Brasileiro Lei nº 7.209/84 dispõe nos artigos 26, 27, 28, 83, 96, 97, 98 e 99 sobre infrações praticadas por pessoas com transtornos mentais, onde um deles trata-se da isenção de pena para a pessoa com doença mental por ser considerada incapaz de reconhecer a gravidade do ato ilícito. Em relação ao Código Civil de 2002, pessoas com sofrimento mental são consideradas incapazes de atividades civis. Tanto dependentes químicos como acometidos de doença mental e os excepcionais com pouco desenvolvimento mental com capacidade reduzida são considerados civilmente incapazes (BRASIL, 2006).

2.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

A fase de construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) trouxe a possibilidade da inserção de novas histórias, resgatando a cidadania e o direito à vida, possibilitando o convívio social, interatividade, autonomia e realizações de sonhos e desejos antes oprimidos pelas contenções químicas das unidades de asilo. Tudo isso não significa que os CAPS são a resolução de todo problema que envolve as dificuldades em saúde mental, porem o caminho

percorrido pelos CAPS significa a possibilidade de mudança na área da saúde mental (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009).

Os CAPS substituem hospitais psiquiátricos, funcionando como instituições que acolhem os usuários que sofrem de transtornos mentais, promovendo interação da família e da comunidade, incentivando a autonomia e conservando o atendimento clínico. Os CAPS iniciaram no Brasil por volta de 1980, recebendo financiamento do Ministério da Saúde somente em 2002 (MARTINS, 2015).

O CAPS é um serviço de saúde ofertado pelo SUS, e atua como local de referencia para tratamento de pessoas acometidas com transtornos mentais leves, moderados ou graves, tendo como objetivo atender a população que abrange e ofertando atendimento clínico e reintegrando o usuário a vida cotidiana. (BRASIL, 2004).

Os CAPS são serviços ambulatoriais e funcionam de acordo com a localidade e é definido como: Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

As ações realizadas no CAPS irão depender das necessidades dos usuários e familiares e poderá acontecer nos espaços do CAPS ou no cotidiano de cada indivíduo. Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) são desenvolvidos de diferentes formas, sendo o acolhimento individual, por demanda espontânea ou referenciada; atendimento diurno ou noturno; atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo. Realiza atividades como práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; atendimento para a família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; ações de articulações de rede intra e intersetoriais; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referencia, ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico; apoio a serviço residencial de caráter transitório. A implantação do CAPS

dependerá do porte do município, sendo que é estabelecida a média para cada modalidade, podendo ser CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi e CAPSad. Os CAPSI com abrangência de municípios entre 20.000 a 70.000 habitantes são os centros de menor porte, possuem uma equipe de no mínimo nove profissionais e os usuários são adultos com transtornos mentais severos e persistentes, uso de substâncias psicoativas e situações que não possibilitem laços sociais (BRASIL, 2013).

CAPS II são centros de porte médio e abrange municípios entre 70.000 a 200.000 habitantes, atendem usuários adultos com sofrimento mental grave, inclui o uso de substâncias psicoativas e situações que não permitem laços sociais e familiares, a equipe mínima é formada pelo número de 12 profissionais. CAPS III, com população acima de 200.000 habitantes, são os maiores centros de atendimento, os serviços ofertados são de grande complexibilidade, funcionam 24 horas durante todos os dias da semana. Existem cinco leitos para acolhimento noturno, quando há necessidade, podendo haver internações curtas com duração de algumas horas podendo se estender a no máximo sete dias, possui uma equipe mínima de 16 profissionais. Os CAPSi são centros voltados para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, são instituições para atender a demanda de territórios com mais de 200.000 habitantes. A equipe composta é de 11 profissionais e funcionam cinco dias da semana. Os CAPSad atendem especialmente indivíduos com dependência química com atendimento vinte e quatro horas, inclusive feriados e fins de semana, atendem municípios com mais de 200.000 habitantes, bem como município com fronteira de rota de tráfico ou afins. A equipe mínima é de 13 profissionais (BRASIL, 2006).

Assim, o CAPS passou a ser um modelo inovador na assistência em saúde mental, tem um atendimento diário, com base na inclusão social, beneficiando o tratamento de pessoas psicóticas, não psicóticos bem como seus familiares em ambientes abertos e com acolhimento humanizado. A equipe multiprofissional que compõe o CAPS atua de maneira interdisciplinar desenvolvendo atendimento que vai desde individuais como consultas, ate em grupos com oficinas, e outras atividades lúdicas, incluindo tratamento medicamentoso e integração com a família que também é considerada parte do tratamento (MENDES, 2014).

Os pacientes atendidos pelo CAPS deve receber um projeto de atenção individual com a finalidade de que eles alcancem sua própria autonomia, tornando mais simples a readaptação à comunidade. Afirma que com esse incentivo o retorno às atividades diárias torna-se mais simples, esse planejamento de atenção individual é uma variedade de atendimento respeitando a individualidade de cada paciente como um ser único, e de acordo com as necessidades e limitações de todos os que são encontradas (CASTRO, 2007).

Para receber atendimento em um dos CAPS é preciso que a pessoa ou seu cuidador busque o serviço ou pode ser encaminhado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou outro serviço de saúde. O paciente é acolhido pela equipe que ouvirá seu sofrimento, compreendendo a situação e iniciando relação terapêutica dos pacientes, familiares e profissionais. A equipe multidisciplinar do CAPS construirá uma estratégia terapêutica para cada indivíduo, pois todos os trabalhos deverão ser desenvolvidos em meios terapêuticos, tanto em sessões individuais como grupais. Tudo isto dependerá de ambiente acolhedor, estruturado e que abrange várias modalidades de tratamento (BRASIL, 2004).

Os CAPS oferta três tipos de atendimento após o estabelecimento do projeto terapêutico de cada indivíduo, são eles: atendimento intensivo, oferecido atenção diária ao que se encontra com grave sofrimento psíquico; atendimento semi-intensivo, pacientes que estão melhorando a sua capacidade de relacionamento e transtornos minimizados, mas o paciente ainda necessita de atendimento direto da equipe para recuperar sua autonomia; e o atendimento não intensivo, onde é oferecido quando a pessoa não necessita de um atendimento direto e contínuo da equipe, podendo receber atendimento até três dias durante o mês. De acordo com o Ministério da Saúde, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente a sua vida. Os CAPS fornece atendimento aos usuários com o objetivo de ofertar um atendimento digno às pessoas com transtorno mental, com uma estrutura que possa colaborar a interação com o mundo, onde possam voltar aos seus lares

e contato com familiares e amigos (BRASIL, 2004).

Desse modo, os CAPS se tornaram uma alternativa incontestável no tratamento e cuidado dos pacientes psiquiátricos crônicos, e como principal instrumento na atenção de saúde mental. O serviço do CAPS tornou possível o aumento significativo da demanda e no atendimento aos pacientes que sofrem transtornos mentais e tem contribuído para o convívio dos pacientes com amigos e familiares e a manutenção do tratamento medicamentoso e comunitário (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

2.5 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL

A Reforma Psiquiátrica e a transição do Brasil no processo de desospitalização dos pacientes com transtornos mentais teve como estratégia a criação de centros psicossociais que necessita de funcionários que saibam lidar com esses problemas psíquicos de maneira humanizada e conceitos totalmente renovados em relação ao cuidado do paciente com transtornos mentais (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009).

A assistência do enfermeiro em saúde mental tem como objetivo principal incorporar um relacionamento interpessoal, observando os aspectos biopsicossociais do indivíduo. No campo biológico, o enfermeiro irá observar os efeitos causados pela medicação e dar assistência na saúde geral do paciente bem como de seus familiares, no aspecto psicossocial, desenvolverá ações terapêuticas, visitas domiciliares e outras atividades que envolverão família, paciente e equipe de enfermagem. Segundo os mesmos autores essas ações desenvolvidas pelo enfermeiro melhoram a qualidade de vida do paciente e dos familiares, estimulando, conseqüentemente para uma melhor readaptação social e controle de surtos tornando-os mais participativos e envolvidos no tratamento da doença (GIACON; GALERA, 2006).

A qualidade do serviço ofertado ao usuário está diretamente ligada à organização do serviço, portanto essa qualidade não pode se resumir apenas em espaço físico e aos profissionais, e sim a possibilidades e uma série de oportunidade que contribuam para recuperação do paciente (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Para esse fim, o enfermeiro precisa está integrado com a equipe interdisciplinar e trabalhar com um tipo de assistência que seja de acordo com o movimento da

Reforma Psiquiátrica, deixando de lado aquela visão tradicional, e trazendo para si um olhar mais crítico e inovador, sendo que a sensibilidade seja mais evidente em torno do trabalho (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009).

O preparo do enfermeiro para essa nova prática será necessário para o acolhimento e desenvolvimento do trabalho tanto com a equipe interdisciplinar como para o resgate do paciente para o retorno e adaptação a vida em comunidade. Sabe-se que esse processo não é tão simples, pois exige do enfermeiro uma posição mais crítica em torno de si, do trabalho executado e da equipe e do outro (SOARES *et al*, 2011).

Segundo Saeki (1981), o enfermeiro desvia-se de sua função, se voltando mais para setores administrativos, deixando a assistência e o cuidado direto em último plano, agindo assim veículo de ordens, esquecendo o seu papel principal. Isso pode acontecer devido ao fato de os enfermeiros não se sentirem preparados para exercer a atividade em saúde mental, talvez não estiver acompanhando as mudanças que estão ocorrendo na área ou talvez por insegurança, ou ansiedade a respeito de conflitos vivenciados no dia a dia.

O trabalho do enfermeiro no CAPS é um caminho a ser construído durante o seu cotidiano, a partir de inserções de práticas terapêuticas e discussões da equipe que atua junto ao enfermeiro, portanto não existe um padrão certo a se seguir e sim há a necessidade de projetos voltados para a necessidade de cada indivíduo (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009).

O enfermeiro passa a ser um agente terapêutico devido ser capaz de modificar o ambiente, orientar a interação do grupo e influenciar nas relações existentes, então se considera que o relacionamento do enfermeiro com o paciente contribui para a elaboração de uma nova identidade profissional no cuidado com pacientes que sofrem de transtornos mentais (DAMASIO; MELO; ESTEVES, 2008).

O papel do enfermeiro segundo alguns autores baseia-se nas interações de pacientes psiquiátricos e tarefas que implicam o ambiente de trabalho, como cuidado com o paciente e suas necessidades básicas, administração de medicamentos, colaboração com o médico e com a equipe, além de ajudar os pacientes em sua recuperação e bem estar. A intervenção do enfermeiro com paciente com transtorno mental necessita de um cuidado sensível, no qual é possível utilizar processos reflexivos nas tomadas de

decisão mediante o comportamento do paciente, construindo uma melhor relação terapêutica (SEED; TORKELSON; ALNATOUR, 2010).

Os avanços e discussões acerca do cenário da atividade profissional em relação ao plano terapêutico, ainda habita o predomínio médico na atenção em psiquiatria, isso devido a uma cultura histórica já estabelecida, sendo esse profissional responsável pela medicação prescrita. A equipe de enfermagem fica então como uma função de cuidador e o psicólogo representado pelo papel de ouvir e conversar com o paciente. Diante disso nota-se que o enfermeiro faz parte de uma equipe multiprofissional, porém, o enfermeiro em saúde mental atua somente em atividades tradicionais, tais como, realização de administração de medicação, supervisionar a equipe de enfermagem, atender, realizar encaminhamentos para outros profissionais, controlar materiais e fazer registros (CORDEIRO *et al*, 2012).

2.6 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma doença que atinge o sistema nervoso, conhecida há muito tempo como transtorno de pensamento, levando o indivíduo a se relacionar de forma alterada com o mundo exterior. Estudos científicos evidenciam a esquizofrenia como uma patologia, envolvendo uma predisposição genética que precisa de uma ativação intrapessoal e intrapsíquica. Acredita-se que fatores ambientais também podem causar alguma influência, relacionando o início da doença com o fato de algumas pessoas sofrerem rejeição, conviverem em ambientes não favoráveis, entre outros, porém esses fatos não são conclusivos (LOBO; MATTIOLLI; SANTOS, 2008).

Apesar de não haver uma definição exata sobre a etiologia e a fisiopatologia e existir várias justificativas para sua causa, a esquizofrenia tem sido estudada, e uma das hipóteses mais conhecidas e pesquisadas é a dopaminérgica, na qual se compreende que os sintomas estão associados à hipofunção dos neurônios dopaminérgicos. Várias pesquisas relacionam os efeitos de substâncias como a anfetamina e a esquizofrenia, devido à atuação nos terminais dopaminérgicos que aumenta a liberação da dopamina e ainda interrompe sua inativação na fenda simpática, essa forma intensa de na atividade de liberação de dopamina causará sintomas típicos da esquizofrenia

(LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013).

Mesmo com muitas dúvidas a respeito da etiologia da doença, acredita-se que não há somente um fator ligado a esquizofrenia e sim um conjunto de influências que colaboram para o surgimento da doença como, por exemplo, fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Sendo o primeiro ligado a genética, outro ligado a relação familiar e o último relacionado a fatores socioculturais e socioeconômicos (ANICETO, 2013).

A esquizofrenia é um tipo de existência vivenciada pelo indivíduo diferente da realidade, em consequência dessa dificuldade de vivência caracteriza-se a esquizofrenia como doença, pois afeta diretamente a atuação mental da pessoa, sendo classificada assim como transtorno mental (ASSIS; VILLARES; BRESSAN, 2007).

Para Coelho *et al* (1978), a esquizofrenia é definida como uma psicose endógena contínua e preocupante que desorganiza a mente da pessoa afetada, que evolui progressivamente levando muitas vezes a degeneração.

Dittmar (1999) considera que a esquizofrenia é uma síndrome que se altera e afeta principalmente a população adultos jovens, sendo uma doença mental crônica com efeitos psicóticos o que dificulta o indivíduo de desempenhar seu papel na sociedade.

De acordo com o CID 10 (1993), os distúrbios psicóticos se agrupam em esquizofrenia (F20), transtornos esquizotípicos (F21), transtornos delirantes persistentes (F22), transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23), transtornos delirantes induzidos (F24), transtornos esquizoafetivos (F25), e outros transtornos psicóticos não orgânicos (F28) e psicose não orgânica não especificada (F29).

O início do transtorno pode ser gradual ou agudo, sendo que a maioria dos acometidos desenvolve a doença de forma lenta, manifestando vários sintomas que podem ou não ser seguido de um evento estressante. Cerca de 5 a 6% das pessoas que sofrem de esquizofrenia cometem suicídio. Os sinais e sintomas da esquizofrenia tem a duração de mínima de seis meses, ocorrendo varias alterações cognitivas e emocionais percebidas na alteração de linguagem, produção de discursos, comunicação e atenção (ASSUNÇÃO *et al*, 2016).

Na fase que se inicia doença denomina-se prodrômica, quando o

paciente apresenta sinais e sintomas de isolamento e abandona atividades que antes lhes eram importantes, normalmente a família não percebe esses sintomas e mudança inicial, logo após essa fase aparece o surto (ANICETO, 2013).

O prognóstico da esquizofrenia também é muito importante para o tratamento clínico, o planejamento das atividades dos serviços de saúde e para pesquisas científicas. Há variações nos estudos voltados ao prognóstico de curto prazo em um período de um a cinco anos, assim como em prognósticos de longo prazo, pois pacientes com esquizofrenia tem a tendência de maior variação na morbidade clínica entre os primeiros cinco anos da doença após isso tendem a estabilizar seu estado sendo favorável ou desfavorável (MENEZES, 2000).

O que mais fica evidenciado no prognóstico da esquizofrenia é o ajustamento social prejudicado, sendo evidenciado pela dificuldade para adaptação social existente no paciente expressada por comportamentos sociais variados, pois eles apresentam incapacidades graves e sinais de níveis baixos no funcionamento social (MOLL; SAEKI, 2009).

A esquizofrenia é considerada uma doença mental grave, sua evolução é lenta e progressiva, afeta varia pessoas em todo o mundo, tornando-se assim um problema de saúde pública. São registrados no Brasil cerca de 56.000 casos por ano, sendo necessário tratamento intensivo aos que sofrem esse distúrbio. Portanto, nesse cenário, o enfermeiro desenvolve um papel relevante no cuidado junto aos pacientes com esquizofrenia (MARI; LEITÃO, 2000).

2.7 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

A nova classificação da esquizofrenia não esta mais dividida em subtipos, pois estes apresentava pouca confiabilidade, visto que algumas das classificações esbarravam com questões culturais e pouco influenciava no tratamento e na evolução da doença (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais V (DSM

V) a esquizofrenia é uma psicose classificada em cinco tipos, porém, o transtorno é definido por alterações em uma ou mais dessas classificações. Na nova versão a esquizofrenia esta dividida como delírios, alucinações,

pensamentos desorganizados, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal, incluindo catatonia, e sintomas negativos (BRASIL, 2014).

2.7.1 Delírios

Delírios podem ser persecutórios onde o indivíduo acredita que de alguma maneira ele será prejudicado ou ameaçado por ameaça externa, são os tipos mais comuns; delírios de referência onde a pessoa acredita que comentários e gestos entre outros são direcionados a própria pessoa, assim como o anterior esse tipo de delírios também são comuns; delírios de grandeza e delírios erotomânicos, no primeiro o indivíduo acredita ter habilidades extraordinárias, no outro crê em alguma paixão que na realidade não existe; delírios niilistas envolve o ocasionamento de catástrofes e os delírios somáticos no qual tem referência com a saúde (BRASIL, 2014).

Esses indivíduos criam um mundo que só existem em seus próprios pensamentos atrapalhando assim a vida e convívio social, pois tal comportamento pode torná-los agressivos ou extremamente retraídos levando a colocarem em risco a própria vida e dos demais a sua volta.

2.7.2 Alucinações

As alucinações ocorrem em qualquer modo sensorial, sendo as auditivas mais comuns e o acometido ouve vozes que podem ser de familiares ou não, e o indivíduo percebe dentro do pensamento, os sintomas são percebidos tardiamente em relação aos outros tipos. É a que demonstra maior chance de recuperação e melhor resposta aos tratamentos utilizados (BRASIL, 2014).

Esse tipo de esquizofrenia muitas vezes é interpretado, pelos leigos, como manifestações religiosas. É um tipo mais fácil de ser controlado, devido a ação medicamentosa apresentar melhores resultados.

2.7.3 Desorganização do pensamento

Desorganização do pensamento caracteriza-se por um discurso desorganizado e muitas vezes incompreensível, acompanhado por atitudes sem coerência e inadequada, a desorganização do comportamento, ou seja, quando não há instrução para um objetivo, pode levar o indivíduo a incapacidade de

execução das tarefas diárias, considerado de tratamento mais complexo (BRASIL, 2014).

Era considerada, antes, como esquizofrenia hebefrênica. Há uma regressão comportamental, geralmente o paciente apresenta maneirismo e expressões faciais estranhas.

2.7.4 Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal

Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal, incluindo a catatonia tem varias manifestações incluindo comportamento ignorante e infantil até um comportamento primitivo e regressivo. A catatonia reduz de maneira notável a reação a estímulos do ambiente. Os principais sintomas são movimentos repetitivos, ecolalia, cataplexia, estupor ou excitação, podendo associar-se a outras doenças mentais (BRASIL, 2014).

Antes da nova classificação esses eram distintos entre si. A catatonia pode ser tratada facilmente, com uso de medicações específicas.

2.7.5 Sintomas negativos

Sintomas negativos apesar de serem considerados os menos relevantes entre os outros transtornos, dois sintomas negativos especificamente percebidos são: expressão emocional diminuída e avolia. No primeiro, temos diminuição expressiva nos gestos, na fala, emoções e articulações, no segundo as reduções das atividades são motivadas pelo indivíduo como, por exemplo, na falta de participação e pouco interesse demonstrado nas atividades grupais. A anedonia, alogia e falta de sociabilidade também são outros sintomas negativos relacionados à socialização (BRASIL, 2014).

2.8 EPIDEMIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA

A epidemiologia é o estudo da ocorrência e distribuição ou condição de uma doença em relação à saúde, em vários grupos populacionais e a investigação dos fatores que contribuem para sua etiologia e prognóstico. Para realização do cálculo da frequência de esquizofrenia na população considera-se o número de pessoas doentes e o número da população na área estudada em determinada faixa etária. Algumas pesquisas epidemiológicas identificam seus casos com base na procura do atendimento, no tempo que outras se

desenvolvem na comunidade considerando tanto pacientes registrados como os que não estão cadastrados (MARI; LEITAO, 2000).

Um novo olhar da ciência e o uso da tecnologia para aprimoramento dos estudos do início e curso da doença, conseqüentemente se observa diante da revolução da medicina, novas descobertas etiológicas, trazendo consigo maneiras preventivas e curativas das patologias, nesse contexto destaca-se a importância do surgimento da estatística e da epidemiologia nessa área da saúde mental (LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013).

Existem várias pesquisas sobre a prevalência da esquizofrenia realizada em todo o mundo. A prevalência esta em torno de 0,9-11 para cada 1.000 habitantes. Contudo os estudos sobre a incidência requerem uma avaliação abrangente em relação aos casos novos que surgem nesse intervalo de tempo de estudo. Por isso sua incidência anual fica em torno de 0,1-0,7 casos novos a cada 1.000 habitantes (SILVA, 2006).

As revisões de estudos em relação à prevalência da esquizofrenia estimam aproximadamente 0,5%. Nos últimos anos os estudos de prevalência realizados sugerem uma estimativa de esquizofrenia em torno de 1% (MARI; LEITAO, 2000).

Silva *et al* (2016) afirmam que apesar das causas desse distúrbio ainda ser desconhecido, estima-se que 1% da população mundial, seja de qualquer área do mundo, etnias, classe social ou faixa etária essa doença pode afetar qualquer indivíduo. Sua prevalência pode ser tanto o sexo feminino quanto masculino, no entanto, seu início precoce se dá em pessoas do sexo masculino entre os 15 e 25 anos.

Segundo Mari e Leitão (2000), as estimativas de incidência da esquizofrenia ocorrem em aproximadamente quatro novos casos por ano para uma população de 10.000 habitantes. Sendo que a incidência real estar em torno de 1 e 7 novos casos para cada 10.000 habitantes ao ano.

No Brasil, estudos epidemiológicos estimam que a incidência e prevalência sejam equivalentes com estudos realizados em outros países, existe uma inconsistência de possível diferença em relação ao sexo, independente do método de estudo realizado para levantamentos epidemiológicos (MARI; LEITAO, 2000).

Um estudo epidemiológico descritivo realizado no CAPS III do município de

Divinópolis-MG, realizado com 1.618 pacientes constatou que 41,7% dos pesquisados são acometidos por esquizofrenia paranoide, 21,3% subtipos simples e 3,5% por esquizofrenia catatônica e depressão pós-esquizofrênica. Tanto a esquizofrenia paranoide como a depressão pós-esquizofrênica foi detectada em ambos os sexos (SILVEIRA *et al*, 2014).

De acordo com Sampaio, Silva e Delmondes (2008) a realização de um estudo epidemiológico transversal de prevalência realizado no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV) entre os anos de 2004 e 2006 no município de Belém-PA, dos 305 pacientes pesquisados afetados com esquizofrenia 23,5% eram do sexo masculino com idade entre 20 e 24 anos, a faixa etária masculina menos atingida esta entre 45 e 49 anos representando 13,15%, quanto ao sexo feminino a faixa etária mais atingida esta entre 40 e 44 anos representado por 18,4% dos pacientes pesquisados.

Difícilmente os casos novos de esquizofrenia se iniciam durante a puberdade ou com idade superior a 50 anos, é comum o diagnóstico mais precoce na população masculina com idade em torno de 25 anos, do que em mulheres, onde a geralmente inicia os sintomas em torno de 30 anos. No entanto, pacientes com históricos familiares positivos para transtornos mentais apresentaram um início antecipado da doença, independente do sexo, em relação aos que não tem histórico familiar de esquizofrenia (MARI; LEITÃO, 2000).

A literatura explica a diferença de idade da seguinte maneira, homens passam mais precocemente por situações estressantes do que as mulheres, estas por sua vez apresentam taxas de hormônios constantes. De acordo com essa teoria, os sintomas se manifestam mais tarde nas mulheres, surgindo os primeiros sinais da doença somente quando as taxas hormonais começam a declinar (ANICETO, 2013). Outra taxa relevante em pacientes com esquizofrenia é o alto índice de mortalidade. Se comparar os índices de mortalidade da população geral e pacientes esquizofrênicos, percebe-se um valor consideravelmente alto, sendo cerca de 20 vezes maiores do que na população geral. Antigamente, esses valores eram relacionados às condições de vida sub-humana encontradas nos asilos e hospitalocêntricos, atualmente parecem estar atribuídas ao processo de transferência do cuidado para a comunidade, sendo que muitos pacientes não têm suporte social adequado. Os

dados sobre a mortalidade contribuem na identificação dos grupos de alto risco, sendo possível o monitoramento de mudanças no tratamento e cuidado ao longo do tempo e planejar estratégias que previnam mortes prematuras (MENEZES, 2000).

2.9 TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

Villares *et al.* (1999), afirmam que a esquizofrenia é uma doença crônica, normalmente incapacitante, sendo assim cabe aos familiares cuidar ou administrar, de algum modo, o familiar que sofre esse transtorno, promovendo o contato do doente com o serviço de saúde. Sendo isto uma tarefa um pouco complexa, pois envolve etapas de avaliação, negociações e paciência. Explicam, todavia, os desafios envolvidos nesse processo.

Nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente esses aspectos da convivência com a doença. Entretanto, de alguma forma elaboram a experiência, lidam com seu sofrimento e expectativas e podem viabilizar a convivência com a doença, buscando apoio em sua rede de conhecidos, em algum sistema de crenças e em tratamentos alternativos (VILLARES *et al.*, 1999).

Os autores citados consideram que o envolvimento da família é essencial para compreender e conviver com a esquizofrenia, tornando mais fácil a maneira de lidar com esse transtorno ao passo que desmistificam o conceito da doença, diminuindo os danos e sofrimentos causados no paciente com esquizofrenia, levando com que a família cuide melhor do acometido pela doença.

O uso de medicação tem como funções básicas o alívio dos sintomas na fase aguda e a prevenção de novos surtos da doença. Porém, no caso do paciente com esquizofrenia não basta somente tomar as medicações e acreditar que tudo estará resolvido, pois a grande maioria dos acometidos sofrem sequelas, principalmente nas relações sociais. O paciente fica desmotivado e desinteressado, as limitações do paciente com esquizofrenia impede que se exija algo que ele é incapaz de realizar. O tratamento depende de um trabalho simultâneo, que envolverá diferentes profissionais e a família do paciente, tendo como meta a reabilitação do acometido e melhoramento na qualidade de vida (BARROS, 2004).

O tratamento farmacológico nos primeiros sintomas da esquizofrenia baseia-se no uso de antipsicóticos também conhecidos como neuroleptico, sendo eles típicos ou convencionais e os atípicos. Esse tratamento deve ser mantido por um período de dois anos, após os primeiros surtos, para não haver risco de uma recaída mais violenta. O paciente que apresenta fobia social ou transtorno do pânico o tratamento pode ser mantido para alívio dos sintomas. A família e o paciente devem ser orientados sobre o uso da medicação e efeitos adversos, bem como superdosagem das substâncias sem recomendação médica (GIACON; GALERA, 2006).

O tratamento de eletroconvulsoterapia (ECT) consiste nem um tratamento efetivo para indivíduos que sofrem doenças mentais graves, somente alguns pacientes com esquizofrenia recebem esse tipo de tratamento, porém a eficácia da ECT isoladamente é inferior à dos antipsicóticos. As intervenções hospitalares breves são indicadas somente quando o paciente apresenta uma crise aguda, enquanto que a hospitalização prolongada é indicada para pacientes esquizofrênicos em condições graves cujos sintomas envolvem personalidade agressiva, resistência a medicação, ideias suicidas e falta de apoio familiar para lidar com a natureza da doença (LOBO; MATTIOLLI; SANTOS, 2008).

Uma das principais intervenções é imprescindível, principalmente na primeira crise é a familiar. Porque é no convívio familiar que se identifica os primeiros problemas relacionados à esquizofrenia. Os familiares que ajudam a desenvolver expectativas realistas, estimulando e protegendo o doente de acordo com suas possibilidades, principalmente diante da complexibilidade dos problemas causados pela doença (VILLARES *et al*, 1999).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O método utilizado para este estudo foi um Levantamento Bibliográfico e uma Revisão de Literatura acerca da Esquizofrenia, com a finalidade de apresentar a assistência de enfermagem aos pacientes acometidos com este e outros transtornos mentais, de forma integrativa e qualitativa.

A pesquisa bibliográfica é sempre elaborada a partir de livros e artigos

científicos, e permite a cobertura ampla do conteúdo a ser analisado, sendo que os pesquisadores devem analisar em profundidade e cuidadosamente todos os dados obtidos na pesquisa (GIL, 2008).

A pesquisa bibliográfica abrange também pesquisas públicas bem como, boletins, teses, monografias, revistas entre outros. Existem vários tipos de pesquisa bibliográfica, onde o pesquisador irá utilizar procedimentos diferentes de acordo com o tipo de bibliografia utilizada. As publicações são um dos tipos de pesquisas e compreende o uso de teses, artigos, publicações avulsas, etc. esse tipo de pesquisa possuem quatro fases que são: identificação, localização, compilação e fichamento (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A Revisão Literária parte do princípio da avaliação de uma situação, em determinado local, com tipo de pessoa ou grupo, onde as pesquisas realizadas são semelhantes ou complementares (LAKATOS; MARCONI, 2003). Nela deve conter as principais ideias estudadas pelos autores que estudaram sobre o tema, analisando e se posicionando em relação ao problema discutido (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Portanto, a revisão literária permite uma contribuição para os resultados dos autores pesquisados, podendo o pesquisador reafirmar conclusões, analisar, comparar ou contradizer resultados obtidos, enquanto que na pesquisa bibliográfica faz-se um levantamento de todo um material bibliográfico público, onde o pesquisador entra em contato direto com a população e amostragem que foi escrito sobre o assunto (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Neste estudo, foi feita a Revisão Literária de 10 artigos, extraídos da base de dados da Literatura Latino-americano e do Caribe, de Ciências e Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Revista Brasileira de Enfermagem e Revista Brasileira de Psiquiatria e outras revistas de enfermagem. Os descritores aplicados na pesquisa foram: assistência de enfermagem e esquizofrenia; saúde mental; esquizofrenia. Para análise profunda e criteriosa dos dados foi realizada leitura dos artigos e organização dos dados para melhor compreensão. Os artigos analisados tratam sobre a esquizofrenia e a assistência prestada pelo enfermeiro aos pacientes acometidos por esse transtorno. Os 10 artigos selecionados, publicados em português, do período de 2007 a 2016, foram escolhidos para verificar as sugestões e recomendações que os autores fornecem aos profissionais de

saúde sobre o assunto, Esquizofrenia.

Em todos os artigos consultados para elaborar a Revisão Literária, foram evidenciados os seguintes elementos: Ano de publicação, Fonte, Autores, Local, Objetivo, Metodologia, Tipo de pesquisa, Público-alvo e Resultados, com a finalidade de provocar uma reflexão e discussão em torno dos resultados de pesquisas realizadas em diferentes lugares

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 RESULTADO

Através da pesquisa realizada por meio eletrônico foram selecionados 10 artigos indexados da base de dados da Scielo, tais como: Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista Latino-americano de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista de Enfermagem de Santa Maria, Revista de Enfermagem UFPE *on line*, teses e também em Revista Psico e Revista Eletrônica Estácio Saúde. Verificou-se pelos resultados das pesquisas consultadas que os enfermeiros seguem apenas o que o médico manda, geralmente tratando com medicações sem planejar ou sistematizar um acompanhamento, envolvendo o paciente sua família, ou seja, tratam do físico e não do transtorno mental pelo diálogo e ações educativas.

2007: PARA COMPREENDER A DOENÇA MENTAL NUMA PERSPECTIVA DE BIOÉTICA

Autores: José Raimundo Evangelista da Costa, Márcio Fabri dos Anjos, Vera Lúcia Zaher.

Local: Centro Universitário São Camilo

Fonte: Scielo.

Objetivo: Compreender o doente mental numa perspectiva de bioética em vista de se delinear o respeito a sua autonomia durante tratamentos em hospitais psiquiátricos.

Metodologia: Estudo de revisão literária.

Tipo de pesquisa: Análise de pesquisas realizadas acerca do tema

Público-alvo: Profissionais que atuam na saúde mental

Resultados: Os padrões levantados na pesquisa consideram como princípio fundamental o respeito ao ser que passa pelo sofrimento, sendo promovido pelo enfermeiro a humanização e o aspecto ético do paciente e sua condição humana.

2008: CONHECIMENTO E ATIVIDADES DA ENFERMAGEM NO CUIDADO
DO ESQUIZOFRÊNICO

Autores: Sueli Aparecida de Castro, Antônia Regina Ferreira Furegato.

Local: Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto.

Fonte: Revista Eletrônica de Enfermagem

Objetivo: Identificar os conhecimentos e atividades da enfermagem no cuidado esquizofrênico.

Metodologia: Estudo do tipo exploratório descritivo com análise qualiquantitativa.

Tipo de pesquisa: coleta de dados com um questionário semiestruturado composto por duas partes, sendo as primeiras questões de identificação do sujeito e a segunda com questões abertas para identificar os conhecimentos sobre esquizofrenia.

Público-alvo: Profissionais do quadro de enfermagem do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto.

Resultados: Um terço dos enfermeiros entrevistados estão na faixa etária de 40 a 50 anos, sendo a maioria do sexo feminino, 59% sentem-se satisfeitos com a profissão, dos 17 enfermeiros 8 fizeram especialização em enfermagem psiquiátrica; os enfermeiros indicaram que tem dificuldades na assistência aos pacientes agressivos, delirantes e com alucinações; observaram que os enfermeiros enfatizam a condição do paciente e não o paciente em si. Atendem o paciente dependendo do comportamento apresentado, individualizada e sem padrão de sistematização e tomada de decisão.

2009: A VIDA SOCIAL DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, USUÁRIAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Autores: Marciana Fernandes Moll, Toyoko Saeki.

Local: CAPS de Uberaba.

Fonte: Revista Latino-americano Enfermagem.

Objetivo: Investigar a vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia de um Centro de Atenção Psicossocial e identificar como processo terapêutico oferecido colabora na vida social dessas pessoas.

Metodologia: Pesquisa do tipo descritivo exploratório, desenvolvida segundo a abordagem qualitativa.

Tipo de pesquisa: Foram utilizadas entrevistas semiestruturada que originou três categorias; a vida dos pacientes antes e após a doença, cotidiano dos pacientes fora do CAPS, colaboração na vida social e na estabilização dos sintomas. Essas entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora.

Público-alvo: Pacientes na faixa etária de dezoito a quarenta anos, acometidos por esquizofrenia e atendidos no CAPS de Uberaba.

Resultados: Foram realizadas entrevistas com 12 pacientes, onde foi possível observar o cotidiano dos pacientes, mudanças ocorridas no comportamento e processo terapêutico utilizado pelos profissionais de saúde. Analisaram que as atividades realizadas tanto dentro como fora do CAPS são essenciais ao paciente, daí surge uma reflexão da necessidade da equipe de enfermagem criar parcerias intersetoriais, que possibilitem a socialização do paciente.

2010: REPRESENTAÇÃO DOS CUIDADORES SOBRE A ATENÇÃO NA ESQUIZOFRENIA

Autores: Marcelo Machado de Almeida, Virginia Torres Schall, Alberto Mesaque Martins, Celina Maria Modena.

Local: CAPS da cidade Lagoa da Prata – MG

Fonte: Revista Psico.

Objetivo: Conhecer as representações sociais dos cuidadores de pacientes com esquizofrenia em relação a atenção prestada em um CAPS.

Metodologia: Pesquisa com abordagem qualitativa.

Tipo de pesquisa: Foram elaboradas questões norteadoras e realizadas entrevista, que foram gravadas e transcritas na íntegra.

Público-alvo: Cuidadores de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Resultados: Participaram do estudo 15 cuidadores, sendo homens e mulheres, sendo que somente um não tinha vínculo familiar com o paciente. Surgiram três categorias relevantes para o estudo que foram a desinstitucionalização, o tratamento medicamentoso e a perspectiva multidisciplinar, os cuidadores consideraram a importância do CAPS na emancipação e promoção da saúde do paciente com esquizofrenia.

2011: SENTIMENTOS DE FAMILIARES SOBRE O FUTURO DE UM SER
ESQUIZOFRÊNICO: PERSPECTIVA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Autores: Catarina Aparecida Sales, Patrícia Aparecida Pedro Schülhi, Elionésia Marta dos Santos, Nayara Mizumo Tironi, Eloana Ferreira D'Artibale, Maria Aparecida Salci.

Local: UBS Mandacaru do município de Maringá – PR.

Fonte: Revista Brasileira de Enfermagem.

Objetivo: Compreender as expectativas dos familiares em relação ao futuro do familiar com esquizofrenia.

Metodologia: Pesquisa qualitativa com uma abordagem fenomenológica

Tipo de pesquisa: Foram elaboradas questões norteadoras para entrevistas, que foram gravadas, foi observado o comportamento dos entrevistados.

Público-alvo: Familiares dos pacientes esquizofrênicos.

Resultados: O estudo evidenciou a consciência de um presente autêntico, e a preocupação que surge é o medo do abandono, sendo, portanto necessário o enfermeiro agir no favorecimento a busca do sentido da vida, interagindo nesse sentido com o que sofre de esquizofrenia e seus familiares.

2012: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ESQUIZOFRENIA:
REVISÃO INTEGRATIVA

Autores: Franciele Roberta Cordeiro, Marlene Gomes Terra, Diéssica Roggia Piexak, Gabriela Zenatti Ely, Fernanda Franceschi de Freitas e Adão Ademir da Silva

Local: Universidade Federal de Santa Maria.

Fonte: Revista de Enfermagem da UFSM

Objetivo: identificar a produção científica sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia e sua família.

Metodologia: Estudo de revisão integrativa, realizado levantamento de dados em biblioteca eletrônica: Scielo, BVS – BIREME, LILACS e BDENF.

Tipo de pesquisa: Análise de pesquisas que se mostram relevantes para o aperfeiçoamento do conhecimento teórico e prático.

Público-alvo: Profissionais de enfermagem que atuam em saúde mental **Resultados:** Percebeu-se no estudo que as atividades em grupo são pouco exploradas ou não são planejadas corretamente havendo assim uma dispersão nos encontros. Notando-se a importância de um tratamento associado a reintegração e reabilitação social, emocional, familiar e econômica.

**2013: OLHARES DE ENFERMAGEM PARA O PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO:
IMPLICAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA PARA O CUIDADO**

Autores: Danielle Uehara de Lima, Ana Paula Rigon Francischetti Garcia, Vanessa Pelegrino Toledo.

Local: Enfermaria de Psiquiatria de um Hospital Universitário no Interior Paulista.

Fonte: Revista de enfermagem UFPE on line.

Objetivo: Compreender os olhares assumidos pela equipe de enfermagem frente ao paciente esquizofrênico.

Metodologia: Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa

Tipo de pesquisa: Realizadas entrevistas gravadas e transcritas na íntegra com uma única questão norteadora: "como é para você cuidar de um paciente com esquizofrenia?"

Público-alvo: Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Resultados: Os profissionais de enfermagem definem o paciente esquizofrênico por meio de observação empírica, associando patologia, indivíduo e meio. Sendo necessário para enfermeiro um olhar empírico, baseado no científico e dando autonomia para o paciente acometido por esquizofrenia.

2014: OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIRIGIDOS À FAMÍLIA, ENQUANTO PRESTADORA DE CUIDADOS DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA.

Autores: *Sónia Marisa Gonçalves Vaz*

Local: *Centro de Saúde de um ACES do Distrito de Braga - Portugal*

Fonte: *Scielo.*

Objetivo: *A atuação do enfermeiro nos cuidados primários ao paciente com esquizofrenia e a sua família.*

Metodologia: *Estudo descritivo de natureza qualitativa*

Tipo de pesquisa: *Realizada entrevista semiestruturada*

Público-alvo: *Famíliares cuidadores de pessoas com esquizofrenia em um Agrupamento de Centros de Saúde.*

Resultados: *O estudo salienta a importância de programas voltados para a família e o paciente com esquizofrenia, a atitude do enfermeiro junto as famílias desses pacientes, a expectativa dos familiares em relação a assistência de enfermagem, sugerindo a qualificação dos cuidados de enfermagem prestados à reabilitação do indivíduo com esquizofrenia.*

2015: ESQUIZOFRENIA E AUTOCUIDADO: VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (ERA-h)

Autores: *Joana Catarina Ferreira Coelho*

Local: *Instituições de Saúde Mental de Portugal.*

Fonte: *Scielo.*

Objetivo: *Validação de um instrumento psicométrico, com base na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, para a pessoa com esquizofrenia e a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.*

Metodologia: *Estudo quantitativo, descritivo e transversal.*

Tipo de pesquisa: *Utilizado um questionário dividido em duas partes: a primeira parte centrada na coleta de dados sociodemográficos e clínicos, e a segunda constituída pelos instrumentos psicométricos ERA-h, e os Índices e Barthel e Lawton & Brody.*

Público-alvo: *Pacientes com diagnóstico clínico de esquizofrenia.*

Resultados: *O estudo apresentou as características sociodemográficas onde se percebe um maior número de indivíduos do sexo masculino, sendo a idade média de 53,26 anos predominando um número de pessoas solteiras, foram avaliados também nas condições clínicas e utilizados recursos de instrumentos psicométricos, compreendendo então que os profissionais de enfermagem precisam de instrumentos para avaliação e melhoramento dos seus diagnósticos e intervenções.*

2016: ATUAÇÃO E ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO NA RESSOCIALIZAÇÃO DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

Autores: Bruna de Oliveira Zóccoli, Fernanda Prado, Mariana da Silva Roldão, Valdete Prevé Pereira.

Local: CAPS de Florianópolis e região metropolitana adjacente.

Fonte: Revista Eletrônica Estácio Saúde.

Objetivo: Conhecer as estratégias do enfermeiro profissional da saúde mental que visam à ressocialização dos pacientes esquizofrênicos.

Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), das categorias I e II.

Tipo de pesquisa: Entrevista semiestruturada baseada em quatorze perguntas, na qual as respostas foram gravadas em áudio MP3 ou escritas, conforme a aceitação do sujeito entrevistado.

Público-alvo: Profissionais de enfermagem que trabalham nos CAPS.

Resultados: Foi demonstrada nesta pesquisa a necessidade que o enfermeiro deve ter ao ampliar seu olhar e ter uma visão holística do paciente, buscando a participação da equipe, sendo assim a enfermagem deve direcionar o atendimento e tratamento dos pacientes com sofrimento mental de maneira diferenciada, pois nesse estudo constatou-se a fragilidade na relação profissional-paciente-família.

4.2 DISCUSSÃO

A relevância do enfermeiro no processo de cuidado com o paciente esquizofrênico e o atendimento destinado à família deste paciente é de vital importância tanto para o profissional de saúde, quanto para o sistema e mais ainda para a sociedade. Contudo, alguns estudos mostram que a participação deste profissional não atende, na maioria das vezes, às expectativas dos familiares e pacientes, compreendendo a falta de preparo e de envolvimento dos gestores, além dos aspectos técnicos, sendo, portanto evidenciado pelos autores que ainda falta uma melhor forma de sistematização do cuidado para a obtenção de melhores resultados para o restabelecimento do paciente esquizofrênico, no que diz respeito à sua autonomia e recolocação na vida social.

Costa, Anjos e Zaher (2007) argumentam que para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética, os padrões levantados na pesquisa consideram como princípio fundamental o respeito ao ser que passa pelo sofrimento, sendo promovidos pelo enfermeiro a humanização e o aspecto ético do paciente e sua condição humana. Assim, verifica-se que os estudos desenvolvidos em ambientes hospitalares trazem recomendações úteis aos profissionais de saúde, principalmente nos casos do cuidado ao paciente com transtorno mental.

Castro e Furegato (2008), ao tratarem do conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico, observaram que os enfermeiros enfatizam a condição do paciente e não o paciente em si. Atendem o paciente, dependendo do comportamento apresentado, individualizada e sem padrão de sistematização e tomada de decisão. Deste modo, percebe-se que o profissional precisa ter uma visão holística do paciente e não vê-lo de forma estigmatizada, procurando fazer um planejamento de cuidados para atendê-lo de forma integral.

Moll e Saeki (2009) destacam a vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial, analisaram que as atividades realizadas tanto dentro como fora do CAPS são essenciais ao paciente, daí surge uma reflexão sobre a necessidade da equipe de enfermagem criar parcerias intersetoriais, que possibilitem a socialização do

paciente. Diante do exposto, nota-se que a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental para a reinserção do indivíduo na sociedade, criando um elo além das barreiras institucionais e promovendo uma qualidade de vida melhor para o paciente.

Almeida, Shall, Martins e Modena (2010) mostraram representação dos cuidadores sobre a atenção na doença mental, onde os cuidadores consideraram a importância do CAPS na emancipação e promoção da saúde do paciente com esquizofrenia. Ressaltando que as atividades desenvolvidas nos CAPS são bem recebidas pelos cuidadores, enfatizando que atender cada paciente com suas particularidades ainda é um desafio para a equipe de enfermagem, portanto, torna-se necessário criar novas perspectivas multidisciplinares.

Sales *et al* (2011), ao abordarem sobre sentimentos de familiares sobre o futuro de um ser esquizofrênico, na perspectiva para o cuidado de enfermagem evidenciaram a consciência de um presente autêntico, e a preocupação que surge é o medo do abandono, sendo, portanto necessário o enfermeiro agir no favorecimento a busca do sentido da vida, interagindo nesse sentido com o que sofre de esquizofrenia e seus familiares. Focando assim na importância do enfermeiro para restabelecer o paciente ao seu ambiente familiar, sistematizando a assistência de acordo com a necessidade da família e do paciente, ajudando no restabelecimento da autoconfiança e autonomia do acometido de esquizofrenia, criando então uma perspectiva de futuro.

Cordeiro, Terra, Piexak, Ely, Freitas e Silva (2012) expõem em cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia, em uma revisão integrativa, notaram a importância de um tratamento associado à reintegração e reabilitação social, emocional, familiar e econômica. Tendo em vista que os trabalhos realizados em grupo, assim como os atendimentos em grupo e a partilha de experiências e conhecimentos entre família, paciente e equipe de enfermagem proporcionam ao desenvolvimento de melhores estratégias de cuidado. Portanto, acredita-se que o envolvimento da equipe na busca pela capacitação, comprometimento e investimento nas atividades em grupo tendem a conduzir o tratamento da pessoa com esquizofrenia, melhorando o convívio social tanto no meio familiar como em sociedade.

Lima, Garcia e Toledo (2013) mostram os olhares de enfermagem para o

paciente esquizofrênico e as implicações do processo saúde doença para o cuidado, definindo o paciente com esquizofrenia, por meio de observação empírica, baseado no conhecimento científico e dando autonomia para o paciente. Percebe-se que a equipe de enfermagem daquele grupo, segue um modelo biomédico, limitando sua autonomia e resumindo seu trabalho em administração de medicamentos, observação comportamental do paciente e auxílio nos cuidados higiênicos. Deste modo, vemos que há pouca contribuição da equipe de enfermagem quando se trata da reabilitação do paciente esquizofrênico, necessitando assim de uma possibilidade de qualificação do cuidado para que as ações de enfermagem sejam integrativas, contribuindo para um relacionamento entre profissional e paciente mais participativo e focado no transcurso saúde-doença.

Vaz (2014) considera os cuidados de enfermagem à família, enquanto prestadora de cuidados da pessoa com esquizofrenia, ressaltando a importância de programas voltados para a família e o paciente com esquizofrenia, a atitude do enfermeiro junto às famílias desses pacientes, a expectativa dos familiares em relação à assistência de enfermagem, sugerindo a qualificação dos cuidados de enfermagem prestados à reabilitação do indivíduo com esquizofrenia. Constata-se que os enfermeiros desempenham uma contribuição importante junto à família no apoio ao processo de cuidadores, e essa importância do enfermeiro é dada pelos próprios familiares pela atitude do profissional que reflete, em uma maior interação da família e do paciente com esquizofrenia, dado que os cuidadores desses pacientes precisam de informações que lhes ajudem a contribuir com a equipe para melhores resultados no tratamento dos acometidos. Logo, torna-se relevante a qualificação do enfermeiro para atender às necessidades das famílias acompanhadas, para que as ações do enfermeiro não se tornem mecânicas e baseadas apenas em procedimentos técnicos e administrativos.

Coelho (2015) discorre sobre esquizofrenia e autocuidado e a validação para a população portuguesa da escala de requisitos de autocuidado (ERA-h), onde demonstraram a necessidade que o enfermeiro deve ter ao ampliar seu olhar e ter uma visão holística do paciente, buscando a participação da equipe, sendo assim a enfermagem deve direcionar o atendimento e tratamento dos pacientes com sofrimento mental de maneira diferenciada, constatando a

fragilidade na relação profissional-paciente-família. Para que isto ocorra é importante para o profissional sistematizar seus diagnósticos e intervenções, utilizando recursos que possibilitem a avaliação dos seus objetivos, enriquecendo as atividades dos profissionais, ampliando seus conhecimentos técnicos e científicos, permitindo maior segurança para os enfermeiros nos cuidados prestados aos acometidos de esquizofrenia.

Zócoli, Prado, Roldão e Pereira (2016) apresentam a atuação e estratégias do enfermeiro na ressocialização do paciente esquizofrênico, expondo as necessidades que o enfermeiro deve ter ao ampliar seu olhar, buscando a participação da equipe.

Portanto, verifica-se que a enfermagem deve direcionar o atendimento e tratamento dos pacientes com sofrimento mental de maneira diferenciada, pois, nesse estudo constatou-se a existência de fragilidade na relação profissional-paciente-família. Dessa maneira, fica claro que o tratamento do paciente não significa apenas tratar os sintomas com medicações, apesar de ser o alicerce do tratamento, e sim um conjunto de práticas que envolvem terapias grupais e individuais, a participação da família e dos profissionais de saúde, sempre avaliando a capacidade de autonomia do indivíduo para realização correta do tratamento.

5 CONCLUSÃO

Os conhecimentos adquiridos durante a produção da fundamentação teórica evidenciou o percurso da enfermagem em saúde mental, as mudanças após a reforma psiquiátrica e o papel que o enfermeiro passou a exercer diante desse novo cenário, principalmente na assistência ao paciente com esquizofrenia. Percebendo que as ações de enfermagem e suas práticas terapêuticas, entre outras atividades realizadas vêm passando por mudanças constantes para que os enfermeiros possam orientar e ter mais segurança em seu ambiente de trabalho.

O presente trabalho contribuiu para a constatação da importância da sistematização do processo de enfermagem, na prática, quando esta se relaciona no cuidado com os acometidos de Esquizofrenia em ambientes coletivos, pois para que ocorra o resultado positivo no tratamento deste paciente é necessário que o processo seja esquematizado e objetivo, com um planejamento que torne válida a contribuição do enfermeiro, seja na orientação e acompanhamento.

Os resultados destacados por alguns autores que relataram suas experiências colocam o enfermeiro como parte importante na vida do paciente esquizofrênico, sendo o elo principal entre unidade, família e sociedade, prestando assistência humanizada e proporcionando um ambiente que gere autoconfiança e favoreça a autonomia do paciente diante da sociedade e da própria vida.

Contudo, esses estudos mostram que ainda falta comprometimento e executar as atividades com mais planejamento, interagindo melhor com a família, pois os profissionais em saúde mental estão focados em ações de repetições diárias, tornando o trabalho mecânico, gerando assim um comodismo que afetará diretamente suas ações no local de trabalho, deixando, na maioria das vezes, o paciente e os familiares descontentes com o atendimento prestado.

Os enfermeiros que atuam na área de saúde mental tem que enfrentar desafios diários, por isso, o tipo de abordagem utilizada por eles é o posicionamento diante de situações diversas, sendo fundamental, principalmente em relação ao tratamento e atividades terapêuticas.

Diante dos resultados apresentados na pesquisa, sugere-se que o modo como o enfermeiro pode atuar no acompanhamento dos acometidos por Esquizofrenia e outros transtornos mentais, seja identificar as carências do paciente e assim sistematizar as ações, como atividades e tratamento, promovendo de forma mais eficaz, o restabelecimento do paciente à sociedade.

Esta pesquisa servirá para possibilitar uma visão diferente sobre o paciente acometido de esquizofrenia, desmitificando a condição do indivíduo e rompendo os estigmas a respeito do mesmo, sendo importante para enfermeiros, familiares e cuidadores de pessoas com transtornos mentais, intervindo no cuidado e tratamento e adquirindo conhecimentos científicos, potencializando a melhoria no autocuidado do paciente.

REFERÊNCIAS

ANICETO, B. F. B. **O paciente esquizofrênico e a assistência de enfermagem: um estudo de caso no CAPS adulto de Cáceres, MT.** Cáceres-MT, 2013.

ALMEIDA FILHO, A. J.; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátricas. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 160, 2009.

ALMEIDA, M. M.; SCHALL, V. T.; MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. **Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia.** Psico. Porto Alegre, 2010.

ARAUJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras de Terapia Comportamental Cognitiva.** Vol. XVI, 2014.

AROUCA, A. S. S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** (Tese). Universidade Estadual de Campinas – Campinas, SP, 1975.

ASSIS, J. C.; VILLARES, C. C.; BRESSAN, R. A. **Conversando sobre a Esquizofrenia.** Segmentofarma: São Paulo, SP, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, p. 5, 1988.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Brasília, DF. 2001. Disponível em < <http://www.planalto.gov.br/ccivil> > acesso no dia 19/04/2016.

_____. **Portaria nº 336/gm, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, DF. 2002. Disponível em < <http://www.planalto.gov.br/ccivil> > acesso no dia 19/04/2016.

_____. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF, 2004.

_____. **Reforma Psiquiátrica de Saúde Mental No Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços 15 anos depois Caracas.** Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte, n. 1, p. 59, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental.** Departamento de Atenção Básica. Nº 34. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaborações de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA como lugares de atenção psicossocial nos territórios.** Brasília – DF, 2013.

Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtorno. Artmed. Porto Alegre, 2014.

CASTRO, T. M. **Atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial.** (Dissertação). EERP – USP, 2007.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A.R.F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Bras. Enf.**, 2008.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo. Cultrix, 1982.

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento.** Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre, 1993.

COELHO, A. B.; ALMEIDA, A. V.; RIBEIRO, L. M. S.; SANTOS, L. R. Paciente portador de esquizofrenia hebefrênica: estudo de caso. **Rev. Bras. Enf.**; DF, 1978.

COELHO, J. C. F. **Esquizofrenia e autocuidado: validação para a população portuguesa da escala de requisitos de autocuidado (ERA-h).** (Dissertação). Porto, 2015.

CORDEIRO, F.R.; TERRA, M. G.; PIEXAK, D. R.; ELY, G. Z.; FREITAS, F. F.; SILVA, A. A. Cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Santa Maria**, 2012.

COSTA, J. R. E.; ANJOS, M. F.; ZAHER, V.L. **Para compreender a doença mental numa perspectiva bioética.** Bioethikos. Centro Universitário São Camilo, 2007.

DAMASIO, V. F.; MELO, V. C.; ESTEVES, K. B. Atribuições do enfermeiro no serviço de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista de Enfermagem** – Rio de Janeiro, 2008.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa.** ed. UFRGS. Porto Alegre, 2009.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** USP, SP, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GHISLANDI, C. M. **Interface Entre agravos à Saúde Mental, Condições de Trabalho Sofrimento Moral na Enfermagem.** (Dissertação); – Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015..

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 5º ed. São Paulo: Atlas. 2003.

LIMA, D. U.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Olhares da enfermagem para o paciente esquizofrênico: implicações do processo saúde doença para o cuidado. **Rev. Enferm.** UFPE on line. Recife, 2013.

LOBO, G. O.; MATTIOLLI, T. C.; SANTOS, S. A. Esquizofrenia: Perspectiva Histórica e Assistência de Enfermagem. **CuidArteenfermagem**, julho/dezembro; 2(2):192-203, 2008.

MENEZES, P. R. Prognóstico da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, 2000.

MARCOLAN, J.F. **Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações.** (Dissertação). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.

MARI, J.J.; LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Unifesp, 2000.

MARTINS, N. **Reforma psiquiátrica: percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao cuidado prestado às pessoas com transtorno mental.** Dissertação. Universidade estadual de campinas – Campinas, SP, 2015.

MENDES, D. T. **Acolhimento em centro de atenção psicossocial: percepção de profissionais que vivenciam a prática.** [Dissertação]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem – Campinas, SP, 2014.

MOLL, M.F.; SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Latino-am Enfermagem.** 2009.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-am Enfermagem** maio-junho, 2003.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental.** Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.

SAEKI, T. **caracterização das atividades do enfermeiro na assistência ao doente mental internado no hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo.** 1981. (dissertação). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1981.

SALES, C. A.; SCHÜLHI, P. A. P.; SANTOS, E. M.; TIRONI, N. M.; D'ARTIBALE, E. F.; SALCI, M. A. Sentimentos de familiares sobre o futuro de um ser esquizofrênico: perspectivas para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm. Brasília,** 2011.

SAMPAIO, P. A.; SILVA, V. C.; DELMONDES, W. A. Estudo epidemiológico de pacientes com esquizofrenia, no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, janeiro de 2004 a janeiro de 2006. **Revista Paraense de Medicina,** 2008.

SANTOS, N.R. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: Tendências e desafios após 20 Anos. **Saúde e Debate.** V.33, N. 81, Jan/Abr. 2009.

SÁ JUNIOR, L. S. M. **Desconstruindo a definição de saúde.** **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)** jul/ago/set, p 15-16, 2002.

SCLIAR, M. história do conceito de saúde. *Physis*: **Revista Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

SEED, M. S.; TORKEKSON, D. J.; ALNATOUR, R. O papel do enfermeiro psiquiátrico internado e seu efeito sobre a satisfação no trabalho. **Edições Ment. Saúde Nurs**, 2010.

SILVA, R. C. B. **Esquizofrenia: uma Revisão**. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2006.

SILVA, A. M.; SANTOS, C. A.; MIRON, F. M.; MIGUEL, N. P.; FURTADO, C. C.; BELLEMO, A. I. S. Esquizofrenia: uma Revisão Bibliográfica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**. Santos – SP, 2016.

SILVEIRA, J. L. F.; OLIVEIRA, R. L.; VIOLA, B. M.; SILVA, T. M.; MACHADO, R. M. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. **Rev. Rene**. Divinópolis – MG, 2014.

SOARES, R. D. et al. **O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial**. Esc. Anna Nery, p. 111, 2011.

VAZ, S. M. G. **Os Cuidados de Enfermagem dirigidos à família, enquanto prestadora de cuidados da pessoa com esquizofrenia**. (Tese). Porto, 2014.

VILLARES, C. C., REDKO, C. P.; MARI, J. J. **Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia**. Rev. Bras. Psiquiatria, 1999.

WALDMAN, B. F. **O enfoque cultural no processo de educação em saúde**. (Dissertação). UFSC – Florianópolis, SC, 1999.

ZÓCCOLI, B. O.; PRADO, F.; ROLDÃO, M. S.; PEREIRA, V.P. **Atuação e estratégias do enfermeiro na ressocialização do paciente esquizofrênico**. Revista Eletrônica Estácio Saúde, Santa Catarina, 2016.