



UNIVERSIDADE BRASIL

**MARIA ERICA ARAUJO SILVA
MARIÉLE PRISCILA DE LIMA DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO:
CONTRIBUIÇÕES TÉCNICAS E EDUCATIVAS À EQUIPE DE
ENFERMAGEM, FAMILIARES E CUIDADORES**

FERNANDÓPOLIS – SP

2023

MARIA ERICA ARAUJO SILVA
MARIÉLE PRISCILA DE LIMA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO:
CONTRIBUIÇÕES TÉCNICAS E EDUCATIVAS À EQUIPE DE
ENFERMAGEM, FAMILIARES E CUIDADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à
Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para
obtenção do título Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.Me. Inaina Lara Fernandes

Co-orientador: Prof. Me. André Marcelo Lima Pereira

FERNANDÓPOLIS-SP

2023

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Brasil,
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).**

Silva, Maria Erica Araujo

S586a Assistência de Enfermagem ao Paciente Esquizofrênico:
Contribuições Técnicas e Educativas á Equipe de Enfermagem,
Familiares e Cuidadores. / Maria Erica Araujo Silva e Mariéle Priscila de
Lima - Fernandópolis -SP: Universidade Brasil, 2023

36.f.il.; 29,5cm.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Banca Examinadora da Universidade Brasil - Campus Fernandópolis, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof. Me. Inaina Lara Fernandes
Coorientador(a): Prof. Me. André Marcelo Lima Pereira

1. Esquizofrenia 2. Cuidados 3. Manejo 4. Enfermagem
I. Título.

CDD 610



UNIVERSIDADE
BRASIL

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA ERICA ARAUJO SILVA
MARIELE PRISCILA DE LIMA DA SILVA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO: contribuições técnicas e educativas à equipe de enfermagem, familiares e cuidadores

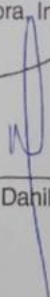
Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Fernandópolis, 17 de Junho de 2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. M^a. Orientadora, Inaina Lara Fernandes



Prof. Me. Avaliador, Danilo de Miranda Alves

DEDICATÓRIA

A meu esposo, minha mãe, minha avó, meus tios e meus irmãos pelo companheirismo, pela cumplicidade, pelo apoio e incentivo, que não me deixaram ser vencida pelo cansaço. De alguma forma, também contribuíram para que o sonho de concluir a faculdade se tornasse realidade. (Maria Erica)

A meus avós e meus irmãos, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para que eu chegasse até aqui. Sem a força de vocês eu não conseguiria seguir em frente. (Mariéle)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por ter dado saúde aos meus familiares e tranquilizado o meu espírito nos momentos mais difíceis da minha trajetória acadêmica, por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo desses cinco anos. Sem ele, nada disso seria possível. (Maria Erica)

Primeiramente à Deus, que, em sua infinita sabedoria, colocou força em meu coração para vencer essa etapa da minha vida.

A meu pai (*in memoriam*), que não pode estar presente neste momento tão incrível da minha vida, mas em algum lugar deve estar vibrando com a minha vitória. (Mariéle)

EPÍGRAFE

*O verdadeiro Enfermeiro é aquele que ama com o coração,
observa com os olhos, toca com as mãos e auxilia com
sabedoria.*

(Reinaldo Cantalicio)

RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico de etiologia heterogênea, cujos sintomas, positivos ou negativos, se manifestam em alterações significativas nos processos cognitivos e psíquicos, como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiro, entre outros. Este trabalho, de revisão bibliográfica, objetivou uma atualização do estado atual dos prejuízos cognitivos encontrados na esquizofrenia e possíveis estratégias de reabilitação (psicoterapia, terapia medicamentosa). Buscou identificar possíveis intervenções de enfermagem para os cuidados com o paciente esquizofrênico, em favor de sua reabilitação e reinserção social. Os resultados mostraram que tais ações podem voltar-se para avaliações biopsicossociais, implementação de planos para melhorar as condições de saúde do paciente e sua família, informações ao paciente e família sobre as estratégias e opções de cuidados e tratamento. As ações de enfermagem visam à reabilitação do paciente, sua inserção social e acolhimento humanizado à família, mostrando disposição e vontade de ajudar diante do sofrimento e angústia.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Cuidados, Manejo, Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 MANIFESTAÇÕES DA ESQUIZOFRENIA	18
3.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	23
3.3 O ENFERMEIRO E O PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA: ATENDIMENTO.....	26
3.4 CAPS E SAÚDE MENTAL.....	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, demanda grande investimento e gera grandes transtornos aos familiares. Embora pouco conhecida, provoca diversos sintomas e transtornos associados que se confundem com outras doenças e dificultam um diagnóstico mais preciso (CORDEIRO *et al.*, 2012). Atualmente, constata-se a “existência de diversos transtornos mentais, como: fobias, ansiedade, depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e outras doenças psiquiátricas, cada uma com sua especificidade” (BARROS *et al.*, 2023. P. 58)

Para a Organização Mundial de Saúde, a esquizofrenia é um transtorno de personalidade grave, geralmente com início ao final da adolescência ou começo da vida adulta. Pode provocar modificações na rotina cotidiana da pessoa afetada e naquelas que convivem próximas ou em seu entorno, como escola, grupos sociais (PITTA, 2023). A psiquiatria é um dos ramos da medicina que diagnostica e trata de desordens da saúde mental de cunho orgânico e funcional, com manifestações psicológicas severas, que alteram a cognição e afetividade destes (SPAGOLLA; COSTA, 2021).

No Brasil, 18,6 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno de ansiedade; muitas vezes, muitas dessas pessoas não buscam tratamentos, por isso esses números podem ser ainda maiores, desencadeando uma série de outras doenças capazes de inibir e afetar interações sociais (ESTADÃO SAÚDE, 2020).

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), há grupos para esses TPs e a esquizofrenia se encaixa no Grupo A, sendo caracterizada pela dificuldade de relacionamento, confiabilidade em outras pessoas, isolamento social, sintomas psicótico (alucinações e delírios) e sintomas negativos, como embotamento afetivo (CORDEIRO *et al.*, 2012).

O transtorno esquizofrênico gera, na pessoa, alterações profundas em algumas das funções psíquicas (maneira de pensar, sentir, perceber), provoca alterações na consciência, mudanças na fala, na escrita e no comportamento, e especialmente no afeto (rigidez afetiva, afeto inapropriado, labilidade afetiva, ambivalência de afeto) (MELO, 2020).

Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente se inicia de maneira insidiosa. Sintomas prodrômicos (conjunto de sintomas que antecede manifestação ou aparecimento de uma doença) pouco específicos, como perda de energia, falta de iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene. Esses sinais podem aparecer e permanecer por semanas ou meses antes da eclosão de sintomas mais característicos da esquizofrenia. Familiares e amigos em geral percebem essas mudanças no comportamento do paciente, nas suas atividades pessoais, contato social e desempenho no trabalho e/ou escola (SILVA *et al.*, 2021).

Identificado o transtorno por um profissional de saúde ou outros profissionais, recorre-se ao tratamento da esquizofrenia. Na identificação do problema, deve-se voltar a atenção para algumas mudanças no conceito de doença mental e assistência na área: atualmente, o foco não está inclinado apenas para aspecto biológico, mas – e principalmente – o psicossocial, concepção que se volta para verificar não apenas a doença, mas a qualidade de vida ao portador de esquizofrenia (OLIVEIRA; FACINA; SIQUEIRA JÚNIOR *et al.*, 2012).

Este trabalho teve como objetivo principal caracterizar o transtorno mental específico, seus sintomas, e avaliar material de apoio ao enfermeiro, familiares e cuidadores, para uma assistência de qualidade e humana ao paciente acometido pela esquizofrenia.

Como estratégia de pesquisa e perfil metodológico, este trabalho se caracterizou como de revisão bibliográfica e buscou, especialmente na internet, material que subsidiasse seu embasamento teórico em *sites* e plataformas oficiais (com extensão. gov.br) e recursos informacionais em bases eletrônicas como *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), plataformas oficiais e repositórios acadêmicos. Foram utilizados, na coleta de informações, os descritores “Esquizofrenia. Sintomas. Enfermagem. Atuação”.

As obras selecionadas (por meio da leitura de seus resumos como primeira etapa) aquelas que apresentavam relevância e convergência à temática. Os critérios de inclusão e exclusão para esta pesquisa incluíram obras recentes (últimos 10 anos), em-

bora obras publicadas anteriormente também tenha sido usadas, desde que apresentasse pertinência e relevância.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver fundamentação teórica e de apoio ao enfermeiro, familiares e cuidadores, na assistência de qualidade de vida ao paciente acometido pela esquizofrenia.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Pesquisar referencial teórico e prático que favoreçam o trato pelos enfermeiros, familiares e cuidadores aos portadores de esquizofrenia.

Divulgar pesquisas que auxiliem enfermeiros, familiares e cuidadores em suas ações com o paciente portador de esquizofrenia.

Identificar e apresentar técnicas, formas de manejo e cuidados humanizados para promover bem-estar aos pacientes e cuidadores (especialmente familiares).

3 REVISÃO DA LITERATURA

O enfermeiro tem um papel importante juntamente com a equipe multidisciplinar, na reabilitação ao paciente que sofre com transtornos mentais, como a Esquizofrenia, é através desses profissionais que a assistência à saúde e acompanhamento ao portador da doença e de sua família serão realizados.

Portanto, o presente trabalho será construído com a finalidade de estudar a esquizofrenia e a devida atuação dos enfermeiros, buscando auxiliar e orientar enfermeiros com relação aos métodos de cuidados e tratamentos ao paciente portador de esquizofrenia.

A esquizofrenia é um distúrbio psíquico que afeta a consciência do eu, as relações afetivas, a percepção e o pensamento. O termo esquizofrenia provém do grego (*schizo* = divisão ou cisão e *phrenos* = mente), com o significado de "cisão das funções mentais" (PITTA, 2023). O Cid-10 classifica a esquizofrenia não como uma doença, mas como um transtorno mental (uma psicose endógena frequente) que afeta homens e mulheres de várias faixas etárias e diferentes estratos sociais. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID (OMS, 2009), atualmente, é o sistema diagnóstico mais utilizado na codificação de agravos à saúde, incluindo a área da psiquiatria, e cujo objetivo é a “busca da padronização internacional dos diagnósticos” (BENEDICTO *et al.*, 2013). Matos e Pontes (2014) ressaltam, contudo, que a esquizofrenia, como doença psiquiátrica em que o órgão afetado é o cérebro. Consideram-se sete funções cognitivas como mais afetadas saber: vigilância/atenção, memória e aprendizagem verbal, memória e aprendizagem visual, raciocínio e resolução de problemas, velocidade de processamento, memória de trabalho e cognição social (LIMA; ESPÍNDOLA, 2015).

O diagnóstico da esquizofrenia inclui exames e testes, avaliação psiquiátrica e exame físico. Os exames e testes visam identificar as condições que não têm relação com sintomas de drogas ou assemelhados. Testes como tomografia computadorizada ou ressonância magnética podem auxiliar no diagnóstico da esquizofrenia, enquanto os exames físicos possibilitam detectar sintomas ou complicações relacionadas. Por sua vez, a avaliação psiquiátrica se torna a mais importante, uma vez que permite ao médi-

co entender todo o histórico da pessoa, a frequência de sintomas relacionados ao distúrbio: na avaliação psicológica serão estudados pensamentos (ou ideias), humor, uso de substâncias, relações familiares e comportamentos e que possam estar relacionados ou não com a ocorrência da esquizofrenia (APA, 2014; COSTA *et al.*, 2023).

Segundo Lima e Espíndola (2015, p. 106), a esquizofrenia é transtorno psiquiátrico cujas características principais são: “alterações na afetividade, comportamento, vontade, percepção, *insight*, linguagem, relações interpessoais, vida escolar, ocupacional”. Acomete de 0,2 a 2% da população e sua etiologia é heterogênea, havendo estudos que aponta a participação “tanto genética, quanto do ambiente”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM V (APA, 2014) apresenta uma classificação diferenciada que identifica a Esquizofrenia como componente dos Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos e sugere a avaliação com transtorno segundo a presença ou ausência de cinco sintomas críticos, a saber: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos (i. e., expressão emocional diminuída ou avolia). Um diagnóstico mais preciso requer a inclusão de pelo menos dois desses sintomas pelo período de um mês, e pelo menos um deles deve, necessariamente, ser caracterizado como delírios, alucinações, discurso desorganizado (APA, 2014; CARDOSO; CARVALHO; MATOS, 2020).

Na CID-10, o grupo F20–F29 cobre a esquizofrenia, estados esquizotípicos e transtornos delirantes, mas foi ampliado com a inserção de novas categorias de transtornos mentais (como transtorno esquizotípico e transtornos delirantes persistentes), assim como a classificação de psicoses breves. Na categoria esquizofrenia (F20) foram adicionadas duas novas subcategorias (a esquizofrenia indiferenciada – F20.3 e a depressão pós-esquizofrênica – F20.4. Além disso, foram excluídas as subcategorias episódios esquizofrênicos agudos, esquizofrenia latente e tipo esquizoafetivo (BENEDITO *et al.*, 2013; ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

O conceito atual de esquizofrenia indica uma “psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem”. De origem multifatorial, os “fatores genéticos e ambi-

entais da esquizofrenia parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença” (SILVA, 2006, p. 263).

É admitido que a esquizofrenia é um dos transtornos mentais mais conhecidos que, atualmente, afeta 1% da população mundial, embora envolva muitos tabus e sobre o qual pouco se fala. A desinformação a respeito dos transtornos mentais é uma das grandes razões que ainda estabelece o preconceito. A falta ou demora de um diagnóstico correto afeta a qualidade de vida de pessoas acometidas pelo transtorno e seus sintomas (SANTA MÔNICA, 2018). Pitta (2023, p. 2) também adverte que esquizofrenia não é uma “dupla personalidade”, como muitas pessoas pensam devido a seu nome. A doença é assim chamada porque faz com que as pessoas por ela acometidas sofrem “profundas deficiências na capacidade de pensar com clareza e sentir emoções normais. É, provavelmente, a doença mais devastadora tratada pelos psiquiatras”.

Para Matos, Pontes e Pereira (2014), a esquizofrenia é vista como um transtorno psicológico grave, e o indivíduo, vitimado pela doença, geralmente apresenta dois principais tipos de sintomas: os positivos (sintomas de alucinações e delírios) e os negativos (sintomas de embotamento afetivo e pobreza do discurso) – sintomas que afetam as variadas dimensões de vida de uma pessoa: afetiva, social, familiar, financeira etc, além de provocar mudanças permanentes em seu estilo de vida e de outros indivíduos mais próximos a ela, por se tratar de uma doença crônica e sem cura (apenas controlável). Como transtorno mental grave, muda o modo como a pessoa pensa, sente e se comporta socialmente, isto motiva uma desestruturação psíquica com sintomas de alucinações, delírios, dificuldades no raciocínio e alterações no comportamento (como indiferença afetiva e isolamento social).

Além disso, um indivíduo esquizofrênico perde a noção da realidade, não consegue distinguir o imaginário e o que é real (transtorno chamado de psicose). Assim, as principais características desse transtorno são quando a pessoa ouve (vozes e falas) e vê coisas (verdadeiros fantasmas imaginados) que, na verdade, não existem para mais ninguém, a não ser em sua imaginação (OLIVEIRA;FACINA; SIQUEIRA JÚNIOR, 2012), ou seja, “perda de contato vital com a realidade, enquanto distúrbio essencial da esquizofrenia” (MINKOWSKI, 2004, p. 136). O indivíduo com esquizofrenia perde com-

pletamente a vivência real. Vive em um mundo de alucinações e delírios. É um distúrbio mental grave, relacionado diretamente à diminuição da convivência social. (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Por ser um transtorno mental que atinge a percepção de realidade de uma pessoa, a esquizofrenia pode afetar diversas áreas da vida, como a pessoal, profissional (trabalho) e social: é uma condição caracterizada por sinais e sintomas de “alteração na percepção, na emoção, cognição, no comportamento e no pensamento”, ou seja, distorções fundamentais e características do pensamento, e da percepção, de afetos inapropriados ou embotados (CORREA; ROMANHA, 2019, p. 4).

3.1 MANIFESTAÇÕES DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia, conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras, é uma síndrome clínica complexa que envolve manifestações psicopatológicas diversas de “pensamento, compreensão, emoção, movimento e comportamento (SOUZA; COUTINHO, 2006)”. É uma doença bastante prevalente em meio às condições psiquiátricas, cuja maioria são recebida em hospitais psiquiátricos.

A esquizofrenia, habitualmente é comumente causada por um desequilíbrio na neurotransmissão do cérebro: a dopamina é considerada um importante neurotransmissor, ligado à sensação de prazer. Ela é responsável pela comunicação entre os neurônios, e, na pessoa com esquizofrenia, ela passa a ser produzida em maior quantidade na região frontal do cérebro. Por isso, outras regiões passam a funcionar de forma desequilibrada, em que sintomas como delírios e alucinações surgem em relevo. Vários são os fatores de risco que implicam no aparecimento da esquizofrenia: entre eles: sexo (nos homens, com desenvolvimento um pouco mais cedo, entre 19 a 25 anos; nas mulheres, entre 29 a 30 anos); componente genético; biopsicossociais (aspectos psicológicos, sociais e biológicos); dependência química, que funciona como gatilho para a ocorrência de esquizofrenia (SOUZA; COUTINHO, 2006; ROSA, 2016; PITTA, 2023)

No Brasil surgem cerca de 75.000 novos casos desse transtorno por ano, o que representa 50 casos para cada 100.000 habitantes. É “comum, porém pode ser consi-

derada pejorativa, a denominação ‘esquizofrênico’ para o indivíduo portador de esquizofrenia, uma vez que é rotulado perante toda a sociedade”; todavia, ao receberem este rótulo, caracterizado como estigma, as pessoas esquecem que, em cada sujeito, a doença responde uma forma diferente. A mudança na forma de se referir aos portadores de esquizofrenia tem repercutido como uma tentativa de “fazê-los ser considerados pessoas com um problema ao invés de pessoas-problemas” (OLIVEIRA; FACINA; SIQUEIRA JÚNIOR, 2012, p. 310).

A estigmatização constitui um dos maiores desafios que o indivíduo diagnosticado com esquizofrenia tem de enfrentar: ele deve, além de superar os sintomas clínicos, encarar a própria reinserção na sociedade. Quer por falta de conhecimento ou simplesmente para criar um rótulo, as pessoas veem esses pacientes como “loucos”, “anormais”, e lhe atribuem um conceito negativo ao nome da doença, sem contar, ainda, que a sociedade, como um todo, aporta definições errôneas em relação aos esquizofrênicos, como pessoas sem inteligência, perigosas, sem noção da realidade etc. (MATOS; PONTES, PEREIRA, 2014).

A descoberta de sentido na esquizofrenia torna-se um processo extremamente difícil e doloroso, porque conviver com o transtorno gera intenso sofrimento e limitações, que, de modo geral, originam-se da deterioração de vários processos mentais, o que faz com que o sujeito manifeste alguns sintomas característicos da esquizofrenia, conhecidos como “sintomas positivos e sintomas negativos” (OMS, 2009; MAURITZ, Maria; VAN MEIJEL, 2009). São sintomas característicos da esquizofrenia: delírios (confusão mental); alucinações, sobretudo auditivas e visuais; delírio persecutório: a pessoa crê que alguém a persegue e observa, planeja fazer alguma coisa para prejudicá-la; nesta fase, o indivíduo apresenta mudanças comportamentais, altos níveis de ansiedade e impulsos de agressividade; déficit de aptidões mentais: falta de motivação, apatia, isolamento social. O pensamento empobrece e a pessoa demonstra total indiferença emocional.

Os sintomas característicos incluem desde alterações em quase todas as funções da “esfera psíquica, ou seja, percepção, pensamento, linguagem, memória e funções executivas” (PITTA, 2023, p. 3). Eles podem ser distribuídos em dois grupos: sintomas positivos e negativos. “Os sintomas positivos são caracterizados pela presença

de manifestações psíquicas que deveriam estar ausentes, enquanto os negativos se caracterizam pela ausência de manifestações psíquicas que deveriam estar presentes (Quadro1)”.

Quadro1: Presença de sintomas frequentes na esquizofrenia: sintomas negativos e sintomas positivos

Embotamento afetivo	Expressão facial inalterada Diminuição dos movimentos espontâneos Pobreza de gestos expressivos Pouco contato visual Diminuição ou ausência de resposta afetiva Afeto inapropriado Falta de modulação vocal
Alucinações	Auditivas Vozes que fazem comentário Vozes que conversam entre si Somáticas Táteis Olfativas Visuais
Alogia	Pobreza de fala Pobreza de conteúdo da fala Bloqueio do pensamento Maior latência de resposta Persecutórios
Delírios	De ciúmes Culpa Pecado

	Grandiosidade
	Religiosos
	Somáticos
	De referência
	De ser controlado
	De leitura da mente
	Transmissão de pensamento
	Inserção de pensamento
	Retirada de pensamento
Abulia-apatia	Deficiência nos cuidados pessoais e na higiene
	Falta de persistência no trabalho ou nos estudos
	Anergia física
Comportamento bizarro	Roupas
	Aparência
	Comportamento social
	Comportamento sexual
	Agressivo/agitado
	Repetitivo/estereotipado
Anedonia	Poucos interesses
	Poucas atividades recreativas
	Comprometimento das relações afetivas
	Poucos relacionamentos com amigos
Alteração formal do pensamento	Descarrilamento
	Tangencialidade
	Incoerência
	Falta de lógica
	Fala acelerada

	Reverberação
	Neologismo
Atenção	Diminuição de concentração
	Fonte: Pitta (2023, p. 4)

Os sintomas positivos são expressos comportamentos adicionais quando ocorre a crise psiquiátrica: delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento (catatonia, transtornos dos movimentos – rigidez, gestos bruscos). Acredita-se que os sintomas positivos, em particular, os delírios e as alucinações, mantêm associação estreita com as peculiaridades individuais, suas experiências de vida e as relações que estabelece com os fatos vivenciados – manifestações consideradas como uma forma de comunicação dos medos e impulsos do indivíduo (OMS, 2009; GABBARD, 2016).

Segundo Matos e Pontes (2014, p. 8), corroborando a Apa (2014), os sintomas positivos são caracterizados pelo “excesso de distorções dos processos mentais, como por exemplo, alucinações, delírios e fala ou comportamento desorganizado”. Alucinações são marcadas pela percepção de uma “experiência sensorial na ausência de uma fonte externa”, sendo as mais comuns às auditivas, embora possam ocorrer todas as outras modalidades (visuais, gustativas, olfativas), enquanto os delírios se desenham como “crenças falsas e fixas, geralmente inabaláveis [para o indivíduo esquizofrênico], mesmo diante de evidências que provem o contrário”. Os delírios são representados pela “perseguição (os indivíduos acreditam que são vítimas de conspirações), de referência (os indivíduos atribuem um significado pessoal às ações, observações e declarações de outra pessoa”, mesmo a “objetos ou eventos, quando, na verdade, não existe tal significado) de controle (indivíduos sentem que uma força externa manipula seus pensamentos), dentre muitos outros”.

Por outro lado, os sintomas negativos se manifestam como perda da função, diminuição da atividade motora e psíquica, e manifestações emocionais (expressos como afeto plano e anedonia), muitas vezes, incontidas, vagas, desconexas, descontroladas. Tais sintomas podem ocorrer devido a causas secundárias da doença (como privação ambiental, quadros depressivos, ansiedade acentuada efeitos colaterais de me-

dicamentos antipsicóticos (RICARDINO *et al.*, 2020). Matos e Pontes (2014, p. 8) aduzem que os sintomas negativos da esquizofrenia “envolvem o afeto, o desenvolvimento social e cognitivo do indivíduo”, em geral manifesta “expressão de emoções diminuída, apatia, falta de motivação, retraimento, falta de interesse em contatos sociais, pobreza de fala etc.”. A desorganização sintomática envolve a fala e o comportamento, com desconexão do pensamento na produção da linguagem, com “movimentos e gestos sem objetivos” e com “discurso desorganizado”.

3.2 TRATAMENTO

O tratamento da esquizofrenia objetiva controlar sintomas e retomar uma vida tranquila em sociedade. Seu controle é feito por abordagens medicamentosa e psicossocial. No tratamento com medicamentos as maiorias dos pacientes demandam a administração de medicamentos de forma contínua para evitar crises. Os medicamentos se dividem em antipsicóticos e neurolépticos e têm as seguintes funções de aliviar sintomas na fase aguda da doença e prevenir novos episódios (BARROS *et al.*, 2023)

Como a esquizofrenia é transtorno de evolução crônica e costuma comprometer a vida do indivíduo afetado, requer um acompanhamento psiquiátrico em longo prazo, visando evitar recaídas, prevenir suicídios, promover reabilitação do paciente e reduzir o estresse familiar.

A relação médico-paciente e o vínculo devem ser trabalhados constantemente para o êxito do acompanhamento psiquiátrico. As estratégias do tratamento variam conforme o paciente, sua família, a fase e a gravidade da doença. (SHIRAKAWA, 2000, p Sl. 56).

Em consultório, o paciente, quando está em fase aguda, encontra-se em momento de crise. O atendimento médico deve abranger paciente e familiares, buscando a criação de vínculos iniciais, importantes para o tratamento. A consulta implica detalhamento do estágio da doença por meio dos dados fornecidos principalmente pelos familiares, além de trabalhar com procedimentos comuns como realização do exame clínico e exames complementares e, em última instância, pon-

derar sobre a necessidade de uma internação curta (15 a 30 dias) para estabilização do paciente e ajustes nas doses ideais dos antipsicóticos. Só depois o médico pode pensar as fases seguintes: reabilitação, tratamento (medicamentos ou terapias), adesão dos pacientes e familiares, desmistificação de preconceitos promovendo a conscientização (cooperativa) e medicação, recuperação das habilidades sociais perdidas e da execução das atividades cotidianas (sono, alimentação, higiene, lazer), tratamento psicossocial e possibilidade de volta ao trabalho (SHIRAKAWA, 2000; MATOS; PONTES; PEREIRA, 2014; LOPES; BURIOLA, 2015).

O tratamento, em geral, além de possíveis sessões de psicoterapia, geralmente incluem drogas específicas, cuja prescrição e administração são severamente controladas.

Tem-se a psicoterapia como essencial e faz parte do acompanhamento da pessoa com esquizofrenia: ajuda restabelecer os padrões de pensamentos, melhorar a comunicação com as pessoas, criar rotinas e educar o paciente sobre como lidar com a doença. Podem incluir terapias alternativas, criativas, como teatro, artes (arteterapia), música e atividades físicas que costumam contribuir, positivamente, para a qualidade de vida do paciente (SANTOS FILHO; COSTA, 2016)

A adesão aos medicamentos, porém, nem sempre é bem acatada pelos portadores da esquizofrenia. Borba *et al.* (2018, p. 2) admitem que

[...] a dificuldade de acesso ao medicamento, a complexidade do regime terapêutico, a falta de suporte familiar, os efeitos colaterais, a crença de que a medicação é ineficaz, a falta de *insight* sobre o transtorno, a percepção de cura frente à remissão da sintomatologia e a dificuldade em lembrar de tomar o medicamento são preditores de má adesão.

Ricardino *et al.* (2020) admitem que a adesão ao tratamento é um obstáculo importante encontrado pelos profissionais de saúde, principalmente ante doenças de cunho neurológico ou psiquiátrico, ainda mais se sabendo que a não adesão ao tratamento com medicamentos tende a potencializar a frequência dos surtos, as hospitalizações ou reinternações e a refração farmacológica, onerando o sistema de saúde. Também se referindo à adesão medicamentosa, Borba *et al.* (2018) assinalam que a recusa

ao uso é importante desafio para os profissionais de saúde mental, habitualmente, além de impactar as reações individuais, a não adesão demanda maior procura por atendimento nos serviços de emergência, contribui para aumentar as taxas de suicídio, a piora do “prognóstico e o comprometimento da qualidade de vida dos portadores de transtorno mental”, mesma percepção esposada por Giacchero Vedana et al. (2013), Giacchero Vedana e Miasso (2014).

Cruz e Dolabella (2021, p. 2) acentuam que vários fatores contribuem para um paciente não aderir ao tratamento medicamentoso, dentre os se destacam: “falta de apoio social, persistência de sintomas psicóticos entre as crises, reinternações, polime-dicação, uso de drogas lícitas e ilícitas e presença de reações adversas medicamentosas” (as reações adversas com uso de haloperidol – antipsicótico típico – e o clonazepam) e interações medicamentosas (IM) indesejadas, leves ou até mesmo graves, agravando os sintomas psicóticos.

Para o tratamento do episódio agudo da esquizofrenia, em episódio agudo, é imprescindível o controle rápido da sintomatologia para oferecer alívio ao sofrimento e à angústia do paciente e de seus familiares. Deve-se avaliar se o paciente necessita hospitalização, demandada principalmente diante da falta de suporte familiar e risco para o próprio paciente e os familiares. Na existência de suporte familiar, em geral, não requer internação, e o paciente pode ser tratado em ambiente ambulatorial. Com relação à escolha do medicamento, procura-se um medicamento mais adequado para evitar (ou minimizar) interações ou associações de medicamentos, principalmente em relação à resposta a determinada droga já experimentada por ele. Os neurolépticos não apresentam significativas diferenças em relação à ação antipsicótica, desde que sejam administradas doses equivalentes adequadas. O efeito terapêutico nos quadros agudos ocorre entre 10 e 15 dias, e 95% dos pacientes que receberam a medicação em dose adequada apresentaram melhora entre 1 e 2 meses(PITTA, 2023).

“A esquizofrenia, atualmente, atinge cerca de 1% da população mundial. É um transtorno mental crônico com manifestação no início da vida adulta, entre 20 e 25 anos”. A doença, normalmente tratada com medicamentos e psicoterapia, é de alto custo do ponto de vista da saúde pública. No Brasil, estima-se que a doença afete cerca de 1,6 milhão de pessoas (REUTERS, 2023).

O tratamento medicamentoso deste transtorno deve ser contínuo, para evitar crises. Um novo medicamento para esquizofrenia promete aliar a eficácia terapêutica à redução de efeitos colaterais normalmente associados aos antipsicóticos, classe à qual pertence à droga. Os efeitos colaterais mais comuns dos antipsicóticos são ganho de peso, alterações nos níveis de colesterol e triglicérides e disfunção sexual, o que desestimula o tratamento. A ziprasidona é o mais novo integrante da chamada segunda geração de antipsicóticos, drogas mais modernas usadas no tratamento da esquizofrenia que surgiram no final da década de 1980 e que também incluem clozapina e a risperidona.

A ziprasidona, antagonista dos receptores de dopamina e serotonina, com nome comercial Geodon, apresenta vantagens em relação aos outros representantes de segunda geração. Os efeitos colaterais mais comuns da nova droga reportam sonolência (relatada por cerca de 22% dos participantes dos estudos), náuseas e tonturas, sintomas informados pelo laboratório que a produz, a Pfizer. De acordo com a expectativa do produtor, em dois anos, o medicamento tende a tornar-se líder do segmento de antipsicóticos de segunda geração, representando cerca de 10% a 15% do mercado nacional, cujas estimativas de movimentação desse tipo de medicamentos, no Brasil, alcançam US\$ 64 milhões por ano.

3.3 A ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO COM ESQUIZOFRENIA

A Enfermagem é uma profissão, cuja essência é cuidar do ser humano nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, acompanhando-os no processo das doenças e buscando a promoção, prevenção e recuperação da saúde. A função do enfermeiro é cuidar do outro e, dentro da proposta de área de Saúde Mental, não é diferente (SANTANA, 2021).

A enfermagem desempenha papel importante no atendimento e no processo de reabilitação dos sujeitos “esquizofrênicos”. Sua atuação visa promover o cuidado integral em saúde mental nas diferentes fases dos transtornos e diferentes níveis de atenção à saúde, enfatizando, com sua assistência, a reabilitação pessoal e social do

portador de esquizofrenia e a necessidade da enfermagem em comprometer-se com as ações de formação de grupo/educação em saúde (SOUZA; GUSMÃO, 2017, p. 6).

O enfermeiro e sua equipe são peça fundamental no processo de humanização e precisam direcionar suas ações no atendimento das necessidades do “esquizofrênico” visando em busca de melhora da qualidade do atendimento, valorização dos hábitos em todas as fases do tratamento, por meio de uma relação eficaz e humana, para solucionar situações de conflito e dar apoio e compreensão às angústias.

Reis *et al.* (2023) compreendem que, para que o atendimento aos pacientes esquizofrênico satisfaça a todas as suas necessidades, é essencial o acompanhamento do profissional de enfermagem junto com uma equipe multiprofissional. A enfermagem desempenha papel de extrema importância no que diz respeito aos cuidados ofertados aos pacientes, pela sua competência em contribuir com a qualidade de vida do sujeito afetado e de seus familiares.

Barros *et al.*, (2023, p. 70) destacam outro ponto fortemente sensível: o cuidado que os profissionais de enfermagem precisam ofertar à família do paciente, pois são eles que “acompanham diretamente a sua evolução no meio social onde vivem e podem contribuir para uma melhor articulação com a comunidade possibilitando que esse paciente se sinta incluso na sociedade”. Rosa *et al.* (2021) concebem a família com crucial importância não só para o tratamento da esquizofrenia, porquanto para todos os transtornos mentais, agindo contra o preconceito e incentivando o tratamento.

A relação da família e pessoa em tratamento de esquizofrenia deve inserir-se em um plano terapêutico singular, observando-se algumas condições, avaliando-se as intervenções. As intervenções de enfermagem, em especial, possibilitam a transição saúde/doença, pela da redução dos sinais e sintomas ou por meio da sua ressocialização. Neste contexto, a enfermagem não só realiza ações pontuais, mas age no auxílio que pode prestar aos pacientes e as pessoas que os circundam como família, amigos e a sociedade como um todo. Isto significa que não apenas contribui para o tratamento da esquizofrênia como para o tratamento de todas as enfermidades adjacentes ou decorrentes, cuidando do outro com responsabilidade e acolhimento (BARROS *et al.*, 2023).

Cardoso, Carvalho e Matos (2020) aduzem que a enfermagem precisa permanecer atenta aos sinais que podem surgir com o tratamento: obesidade, hiperlipidemia, hiperprolactinemia, disfunção sexual, problemas cardiovasculares, leucopenia benigna e agranulocitose, alergias, alterações das enzimas hepáticas, retenção ou incontinência urinária. Para Cordeiro et al. (2021), o profissional de enfermagem exerce um papel decisivo na recuperação do paciente: o objetivo é mantê-lo em uma realidade coerente por mais tempo possível, empregando todas as estratégias adequadas e necessárias no sentido de reintegrá-lo à sociedade. Uma atenção holística deve ser dispensada aos pacientes com transtornos mentais, a partir de sua admissão em uma unidade de saúde até sua alta hospitalar, acompanhando e monitorando, diariamente, sua evolução e todos os seus sinais vitais e sintomas. Para isso, é-lhe fundamental o conhecimento técnico-científico para identificar a esquizofrenia em pacientes hospitalizados, ofertando assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade para que eles obtenham melhor qualidade de vida.

Ao profissional de enfermagem é reservado um papel de relevância diante do sujeito com esquizofrenia: estimular ao paciente e seus familiares que não abandonem o tratamento, ter compromisso com o auxílio nas dificuldades enfrentadas e estejam dispostos o melhor de si quando assumem tarefas relacionadas a este tipo de intervenção. Seu papel vai ainda mais além: fortalecer vínculos e a confiança para restabelecer o possível equilíbrio perdido e a plena reabilitação do paciente, superando as dificuldades e limitações vivenciadas pela pessoa gerando autoconfiança para fortificar mais e mais sua reinserção social (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Nesse sentido, os cuidados e intervenções da equipe de enfermagem psiquiátrica revelam-se primordiais para proporcionar melhor qualidade de atendimento e condições adequadas a tratamento. Reis *et al.* (2021, p. 3) admitem que “os cuidados ofertados aos pacientes [acometidos pela esquizofrenia] devem promover a assistência humanizada e estabelecer o vínculo enfermeiro-paciente, proporcionando o acolhimento efetivo”, direcionados à busca de interações e promovendo aproximação entre a equipe e o paciente. Desta forma, os cuidados de enfermagem vão além de caráter assistencial (como administração de medicamentos, observação comportamental, adesão medicamentosa) e devem esclarecer dúvidas sobre a fase terapêutica, riscos emo-

cionais, promoção de autonomia ao paciente, realização de avaliações, acompanhamento da evolução e a escuta dos familiares.

Lopes e Buriola (2015, p. 83) reservam especial valor no que respeita ao papel do enfermeiro no tratamento aos pacientes com esquizofrenia: quando o profissional de enfermagem oferece suporte ao tratamento do paciente com transtorno mental na sociedade, “alivia a sobrecarga familiar, prevenindo assim, que outra pessoa da família adoça pelo fato de estar sobrecarregada por cuidar de um portador de esquizofrenia”, situação em que é “essencial que os programas de saúde mental para pacientes com transtornos psíquicos graves e persistentes atendam toda a demanda, reduzindo assim a responsabilidade familiar” e propiciando ações que ofereçam “momentos agradáveis de interação e recreação entre doentes e familiares” para fortalecimento “dos vínculos e os laços entre eles o que ajudará na adesão e evolução do tratamento”.

3.4 CAPS E SAÚDE MENTAL

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Sua criação e de tantos outros, mesmo tendo outros nomes e lugares, integra um intenso movimento social, iniciado por trabalhadores de saúde mental em favor da melhoria da assistência no Brasil, com a denúncia de que era precária a situação dos hospitais psiquiátricos, único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (CFP, 2013).

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 (BRASIL, 1992) e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CER-SAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos surgido no país, atualmente são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, cuja missão é oferecer atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, em substituição ao modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Assim, o objetivo precípua da Saúde Mental CAPS é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em meio a outros dispositivos de atenção à saúde mental, é estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A criação desses centros possibilita a organização de uma rede em substituição ao Hospital Psiquiátrico no país. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, com atendimento diário. Suas funções compreendem: Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitar internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território; promover a reinserção social do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes serviços não têm caráter complementar ao hospital psiquiátrico, mas têm papel substitutivo. O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produz autonomia, convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo na trajetória do seu tratamento. Os

projetos desses serviços, eventualmente, extrapolam a própria estrutura física e buscam a rede de suporte social, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

O perfil populacional dos municípios é um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades e à implantação de centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, porém é apenas um vetor que orienta o das ações de saúde. Cabe ao gestor local articular-se com as outras instâncias de gestão do SUS, tendo condições mais adequadas na definição dos equipamentos que melhor atendam às demandas de saúde mental do respectivo município.

Assim Brasil (2004, p. 12) define a atuação do CAPS:

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, e esperamos que esta publicação sirva como contribuição para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

Para o pleno atendimento aos usuários, os CAPS devem dispor de espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, portanto, capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. A clientela atendida nos CAPS é composta de sujeitos que “apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes”, isto é, “pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p. 15).

Algumas atividades terapêuticas desenvolvidas pelos CAPS são realizadas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias.

No atendimento, tem-se acesso a vários recursos terapêuticos como (BRASIL, 2004, p. 17): Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem englobar: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários; Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados; juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

Vale mencionar no presente trabalho, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001). Sancionada em seis de abril de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, ou Lei Paulo Delgado em homenagem ao autor da norma, foi o marco para acabar com os manicômios e trazer um novo modelo de tratamento dos transtornos mentais, com cuidado humanizado e em liberdade. A lei, que resultou de onze anos de mobilização de entidades antimanicomiais, garantiu às pessoas o direito ao tratamento em serviços comunitários, buscando a reinserção social. Um dos pontos importantes da lei foi a criação dos CAPs, Centros de Atenção Psicossocial, citados acima, em substituição aos manicômios. Esses centros adotam os princípios do SUS, Sistema Único de Saúde, de atendimento universal, igualitário e integral, e tratam pessoas com transtornos como esquizofrenia, depressão e ansiedade bem como dependentes químicos. Médica e vice-presidente da Comissão de Assuntos Sociais, a senadora Zenaide Maia, do Pros do Rio Grande do Norte, comemora os 20 anos da Reforma Psiquiátrica.

Segundo ela, a Lei da Reforma Psiquiátrica fez foi, principalmente, a defesa da dignidade da pessoa com transtorno mental. A lei defende a dignidade da pessoa com transtorno mental e impedem retrocessos como o retorno dos manicômios, eletrochoques e tratamentos desumanos. O Conselho Federal de Psicologia foi uma das entidades que celebraram os 20 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica com ato on-line em favor de políticas públicas de saúde mental para toda a população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse referencial teórico conclui-se que a Enfermagem é profissão cuja essência é cuidar do ser humano nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, e acompanhá-lo no processo das doenças, objetivando a promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas. A função do enfermeiro é cuidar do outro, com pertinência à área de Saúde Mental.

O enfermeiro é um profissional que deve dispor de conhecimento para lidar com cada situação de doença, sem olvidar o compromisso terapêutico e junto com a equipe interdisciplinar. Cuidar da doença mental é um grande desafio diante da carga de sofrimento mental e dos comportamentos desregulados dos esquizofrênicos.

A esquizofrenia, principia antes dos sintomas se manifestarem, é um transtorno psiquiátrico que se inicia cedo na vida de um indivíduo e apresenta diversos déficits cognitivos e comportamentais. A Análise do Comportamento busca identificar o que produz determinado comportamento passível de intervenção para mudar o repertório do indivíduo e lhe conferir melhor qualidade de vida e funcionalidade (relações com os demais humanos e com o ambiente).

No acolhimento, tratamento e acompanhamento do paciente esquizofrênico, há se reforçar a importância do trabalho da equipe de enfermagem, já a partir da avaliação funcional, e da relação terapeuta-paciente. É sobremaneira significativa a atuação da enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar para atender ao paciente com esse distúrbio mental. Cabem-lhes ações como: especificação e escolha do comportamento a ser trabalhado; ter presentes os objetivos do tratamento, observar e elaborar as ocorrências do comportamento a ser modificado, identificar e reforçar as motivações positivas; explicitar o plano de tratamento, observar as evoluções segundo o que foi planejado, avaliar e propor modificação do processo quando pertinente, orientar os comportamentos adquiridos para além da reabilitação, planejando sua execução na prática cotidiana do paciente.

Chama a atenção o olhar para se desfazer o estigma que normalmente é conferido ao paciente com distúrbio mental. É crucial que sejam tomadas algumas medidas para auxiliar o “doente” nesse tipo de comportamento hostil, para conviver bem em so-

cidade. É oportuno incentivá-lo a se relacionar com outras pessoas, trabalhar, tentar viver uma vida normal, visando à ruptura do preconceito contra os portadores de esquizofrenia, estigma que só prejudica o indivíduo que acaba por sentir-se rejeitado e excluído do convívio social.

Os profissionais de enfermagem demandam ações de capacitação e educação permanente, renovando o conhecimento, discutindo as relações profissional-usuário, fomentando e desenvolvendo o trabalho em equipe, além da criação de espaços adequados de cuidados. “Sabe-se que a falta de formação especializada pode carrear a replicação de algumas práticas profissionais inadequadas, particularmente aquelas que estão na contramão dos princípios da reforma psiquiátrica, fazendo com que a equipe de enfermagem não se sinta segura em desenvolver suas ações”. Sabe-se, também, que o processo de tratamento da esquizofrenia se imiscui de três componentes principais: terapêutico (com foco no alívio de sintomas e recidiva), a educação (do profissional, orientação do paciente e seus familiares) e intervenções psicossociais aos doentes e suas famílias, no intuito de evita recorrências e constituir a reabilitação pronta dos doentes para se reintegrarem na comunidade e a recuperarem o funcionamento social, educacional e ocupacional.

Tem-se por crível que esta pesquisa tenha possibilitado identificar e descrever o que se tem sido produzido par nortear o trabalho da enfermagem no atendimento e atuação direcionados a esse tipo de usuário, bem assim expondo ações e programas que contribuem para a educação em saúde e acolhimento humanizado dos portadores de esquizofrenia e seus familiares.

REFERÊNCIAS

APA – American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli (coord.). Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. Rev. bras. ter. comport. cogn., vol.16, n.1, pp. 67-82, 2014.

BARROS, Cícera Cristiane de; MARINHO JÚNIOR, Ivan Nunes; SOARS, Jandson de Oliveira; PONTES, Alessandra Nascimento. Ações de enfermagem ao portador de esquizofrenia: evidências científicas atuais. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 57-74, jan. 2023.

BENEDICTO, Rúbia Paixão; WAI, Mey Fan Porfírio; OLIVEIRA, Renata Marques de; GODOY, Cecília; COSTA, Moacyr Lobo da. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., Ribeirão Preto, SP, v. 9, n. 1, p. 25-32, abr. 2013.

BORBA, Letícia de Oliveira; MAFTUM, Mariluci Alves; VAYEGO, Stela Adami; MANTOVANI, Maria de Fátima; FÉLIX, Jorge Vinícius Cestari; KALINKE, Luciana Puchalski. Adesão do portador de transtornos mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. Rev Esc Enferm USP, v. 52, p. 52:e03341, jun. 2018. 10 p.

BORGES, Iara Farias. A Lei da reforma Psiquiátrica. Rádio senado, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CARDOSO, Adinea Oliveira de Jesus; CARVALHO, Gilseane Torres de; MATOS, Tainara Santos de. A prática de enfermagem frente aos pacientes portadores de esquizofrenia. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem / Electronic Journal Nursing Collection (REAEnf/EJNC), v. 5, p. e5118, NOV. 2020. 6 p.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. Regulação dos serviços de saúde mental no Brasil. Brasília: CFP, 2013. 160 p.

CRUZ, Liliâne Oliveira; DOLABELA, Maria Fâni. Tratamento medicamentoso de portadores da esquizofrenia: adesão, interações medicamentosas e reações adversas. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, P. e2010313087, 2021. 19 p.

CORDEIRO, Franciele Roberta; TERRA, Marlene Gomes; PIEXAK, Diéssica Roggia; ELY, Gabriela Zenatti; FRETIAS, Fernanda Franceschi de; SILVA, Adão Ademir da. Cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*, v. 2, n. 1, p. 174-181, jan./abr. 2021.

CORREA, Luana Rahim; ROMANHA, Rosane. Um estudo acerca da triade: esquizofrenia, mercado de trabalho e legislação. 2019. 22 f. Artigo TCC (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Florianópolis/Palhoça, SC, 2019.

ESTADÃO SAÚDE. Transtornos mentais: ansiedade cresce entre a população mundial. [Internet, 23 jan. 2020. Summit Saúde. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/transtornos-mentais-ansiedade-cresce-entre-a-populacao>. Acesso em: 28 abr. 2023.

GABBARD, Glen O. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. Tradução: Fernando de Siqueira Rodrigues; revisão técnica: Gustavo Schestatsky, Gabriela Favalli. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.

GIACCHERO VEDANA, Kelly Graziani; MIASSO, Adriana Inocenti. O significado do tratamento farmacológico para a pessoa com esquizofrenia *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 670-678, julho-agosto, 2014.

GIACCHERO VEDANA, Kelly Graziani; CIRINEU, Cleber Tiago; ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi; MIASSO, Adriana Inocenti. Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso. *Cienc Cuid Saude*, v. 12, n. 2, p. 365-374, abr./jun. 2013.

LIMA, Amanda Barroso de; ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro. Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. *Rev. Subj.*, Fortaleza, CE, v. 15, n.1, p. 105-112, abr. 2015.

LOPES, Wellington Pereira; BURIOLA, Alinea. Esquizofrenia: conceito, epidemiologia e papel da enfermagem na adesão ao tratamento. *In: Encontro Nacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, 19 a 22 de outubro de 2015, Presidente Prudente. *Anais...Presidente Prudente*, 2015. p. 81-88.

MATOS, André Luiz Souza Domingues de; PONTES, Karin Lisiany de; PEREIRA, Álaba Cristina. Revisão teórica da esquizofrenia e implicações causadas pela doença na vida do portador e dos familiares. *In: Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais*

Aplicadas – CONAPE, 3, de 1 a 3 de outubro de 2014, Francisco Beltrão/PR. Anais... Francisco Beltrão, PR, 2014. 19 p.

MAURITZ, Maria; VAN MEIJEL, Berno. Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. Arch Psychiatr Nurs., v. 23, n. 3, p. 251-260, 2009 Jun.

MELO, Brenda Bianca Moreira De; SOUZA, Gabrielly De Negreiros Souza; L OPES, Graciana de Sousa. Aspectos relacionados a esquizofrenia: um relato de experiência sobre a realidade do paciente e familiares. Research, Society and Development, v. 9, n. 11, P. e60691110278, 2020. 16 p.

MINKOWSKI, Eugène. A noção de perda de contato vital com a realidade e suas aplicações em psicopatologia. Rev. Latinoam. Psicop. Fund., v. 7, n. 2, 130-146, jun.2004.

OLIVEIRA, Renata Marques; FACINA, Priscila Cristina Bim Rodrigues; SIQUEIRA JÚNIOR, Antônio Carlos. A realidade do viver com esquizofrenia. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 65, n. 2, p. 309-316, mar./abr. 2012

OMS – Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 8. ed. rev. e ampl., 10 ver. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. 196 p.

PITTA, José Cássio do Nascimento. Fundamentação teórica: esquizofrenia. UNASUS – Universidade Aberta do SUS. Saúde da Família. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/5/unidades_casos_complexos/unidade28/unidade28_ft_esquizofrenia.pdf

REIS, Diêgo Wilton Ricardo dos; NASCIMENTO, Raniere Vitória Quares; PORTO, Tiago de Oliveira; CAMPOS, Vanessa Moura da Costa; OLIVEIRA, Sarah Cristina de; LACERDA, Tatiane Barros; NUNES, Bruna Taiane Campos; SOUZA, Graciete Mendes de; PEREIRA, Milena Sandi; SILVA, Rhayana Monise Paiva. Assistência de Enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia. Research, Society and Development, v. 10, n. 7, p. e8110716444, 2021. 11 p.

REUTERS de São Paulo. Novo remédio para esquizofrenia promete menos efeito colateral. [Internet], 19 jul. 2001. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/reuters/ult112u3660.shtml#:~:text=A%20ziprasidona%20%C3%A9%20o%20mais,incluem%20clozapina%20e%20a%20risperidona>. Acesso em: 25 abr. 2023.

RICARDINO, Isadora Ellen Feitoza; RIBEIRO, Maria Laís Bernardo; SILVA NETO, Iri-neu Ferreira da; AGUIAR, Annalu Moreira. Dificuldades encontradas no tratamento medicamentoso da esquizofrenia e a importância do farmacêutico no manejo terapêutico. Educ. Ci. e Saúde, v. 7, n. 1, p. 216-233, jan./jun., 2020.

ROSA, Débora Cristina Joaquina; LIMA, Daiane Marcia de; MIRANDA, Lilian; PERES, Rodrigo Sanches Peres. “Paciente-problema”: imaginário coletivo de enfermeiros acer-

ca do usuário com diagnóstico de esquizofrenia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. e310108, 2021.

ROSA, Kenia Patrícia Ferreira. Fatores genéticos e fatores ambientais da esquizofrenia e o tratamento dos sintomas. 2016. 56 f. Monografia (Bacharel em Farmácia) – Universidade de Rio Verde, Rio Verde, GO, 2016.

SANTA MÔNICA (Hospital). Esquizofrenia: entenda tudo sobre esse distúrbio. [Internet], 18 abr. 2018. Disponível em: <https://hospitalsantamonica.com.br/esquizofrenia-entenda-tudo-sobre-esse-disturbio>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SANTOS FILHO, Júlio Manoel dos; COSTA, Virgínia Elizabeth Suassuna Martins. Encontrando um modo de ser esquizofrênico: arte e técnica na gestalt-terapia. *Rev. abordagem gestalt. - Phenomenological Studies*, Goiânia, v. 22, n.1, p. 27-26, jun. 2016.

SILVA, Bruna Eduarda Alves da; SILVA, Suzanny Oliveira; QUEIROZ, Gabriela Caroline Silva; GUIMARÃES, Eliene Alves; BARROS, Keiliane Pinheiro Silva; MACHADO, Antônio Silva; VERAS, Artur de Souza; QUEIROZ, Patrícia dos Santos Silva. Papel do enfermeiro na assistência ao paciente com esquizofrenia. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, P. e300101623918, 2021

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SPAGOLLA, Kelly Cristina; COSTA, Marli de Oliveira. A atuação da enfermagem na assistência ao portador de esquizofrenia no ambiente familiar. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, p. e30410716601, 2021.

SOUZA, Leonardo Araújo de; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Fatores associados a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

SOUZA, Jaqueline Muniz; GUSMÃO, Lorena D'Oliveira. Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, v. 11, n. 38, 2017. 12 p.

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 22, supl I, p. 56-8, 2000.