



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ADELAIDE DOS SANTOS

**PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO CUIDADO DE
PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS**

ARIQUEMES - RO
2017

ADELAIDE DOS SANTOS

PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO CUIDADO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente - FAEMA
como requisito parcial à obtenção do
Grau de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Paula Andreia
Cesar

ADELAIDE DOS SANTOS

PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO CUIDADO DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente – FAEMA,
como requisito parcial a obtenção do
grau de Bacharela em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora Prof^a: Paula Andreia Cesar
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Prof^a. Esp. Jessica de Sousa Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Prof^o. Esp. Eliel Fábio da Silva Paixão
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Ariquemes, 06 de Dezembro de 2017.

*Dedico a todos aqueles que contribuíram, participaram e me apoiaram nos momentos de alegrias e dificuldades durante este período da minha formação.
Dedico este trabalho à pessoa que foi minha inspiração para me aprofundar no tema: meu Pai.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois, foi a tua mão que encontrei estendida, quando realmente precisei de um amigo. Foram teus olhos que fixei, quando me senti só. Tuas palavras me orientaram, mostrando o caminho correto, que eu não encontrava. Teu sorriso consolou-me. Sua força interior era tudo que precisava. Espero retribuir sua generosidade, de toda alma e coração. Agradeço-te por ter me iluminado, dando forças suficientes para chegar até aqui.

A todos os amigos, que me assistiram, torceram e me estenderam a mão nos momentos difíceis.

Obrigada a todos por compartilharem comigo seus conhecimentos, alegria e companheirismo durante os dias.

“Mais do que máquinas precisamos de humanidade.

“Mais do que inteligência precisamos de afeto”.

Charlie Chaplin

RESUMO

Entende-se que a saúde mental não é vista mais como antigamente e hoje, com o advento da Reforma Psiquiátrica existem maiores e melhores dispositivos para se trabalhar com pacientes portadores de transtornos mentais e a enfermagem desenvolve papel significativo quanto aos cuidados ofertados a esse usuário. A esquizofrenia tida como doença de cunho mental, caracteriza-se por distorções do pensamento, da percepção e de afetos inapropriados ou embotados. A consciência e a capacidade intelectual, em geral, estão preservadas, mas alguma deficiência cognitiva pode surgir com a evolução do transtorno. O objetivo geral desse trabalho é conhecer a importância do cuidado de enfermagem no tratamento de pacientes esquizofrênicos. A metodologia utilizada nesta pesquisa foi revisão bibliográfica, por meio de estudo sistematizado, onde se utilizou como objeto de pesquisa, revistas eletrônicas e materiais da Biblioteca Julio Bordignon, publicados em português e em inglês, no período de 2005 a 2017. Ficou explícito após a conclusão desse estudo, a importância do enfermeiro nos cuidados aos pacientes esquizofrênicos visto que este profissional que trata de forma individualizada e humanizada esse paciente, torna o tratamento menos agressivo e com maiores chances de evolução positiva.

Palavras Chave: Enfermagem; Saúde Mental; Esquizofrenia.

ABSTRACT

It is understood that mental health is not seen more as it was in the past and today, with the advent of the Psychiatric Reform, there are bigger and better devices to work with patients with mental disorders and nursing plays a significant role in the care offered to this user. Schizophrenia as a mental illness is characterized by distortions of thought, perception, and inappropriate or dull affections. Consciousness and intellectual ability are generally preserved, but some cognitive deficiency may arise with the evolution of the disorder. The general objective of this work is to know the importance of nursing care in the treatment of schizophrenic patients. The methodology used in this research was a bibliographical review, through a systematized study, where electronic journals and materials of the Julio Bordignon Library, published in Portuguese and English, were used as object of research, from 2005 to 2017. It was made explicit after conclusion of this study, the importance of nurses in the care of schizophrenic patients since this professional that treats the patient in an individualized and humanized way, makes the treatment less aggressive and with a greater chance of positive evolution

Keywords: Nursing; Mental health; Schizophrenia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM- IV	Manual Diagnóstico Estatístico Transtornos Mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
LILACS	Literatura latino americana em ciências da saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais Sintomas da Esquizofrenia.....	20
Quadro 2 - Pródromos da Esquizofrenia.....	21
Quadro 3 - Fármacos Utilizados na Esquizofrenia.....	23
Quadro 4 - Principais Funções do CAPS.....	27
Quadro 5 - Cuidados de Enfermagem.....	31

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4.1 A REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL VIGENTE.....	15
4.1.1 Saúde mental.....	17
4.2 ESQUIZOFRENIA.....	18
4.2.1 Sintomas da esquizofrenia.....	19
4.2.1.1 Período prodrômico da Esquizofrenia.....	21
4.2.2 Subtipos da esquizofrenia.....	21
4.2.3 Diagnóstico e tratamento da esquizofrenia.....	22
4.3 CONHECENDO A EQUIPE DE MATRICIAMENTO.....	24
4.3.1 Estratégia saúde da família.....	25
4.3.2 Centros de Atenção Psicossocial.....	26
4.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL.....	28
4.4.1 Cuidados de Enfermagem ao paciente Esquizofrênico.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

INTRODUÇÃO

As transformações no contexto da assistência psiquiátrica nos últimos anos têm trazido importantes contribuições para repensar o cuidado psiquiátrico no contexto brasileiro. Com a reforma psiquiátrica, procura-se desconcentrar o olhar sobre a doença, para dar ênfase ao sujeito, suas expectativas, seus projetos de vida, suas relações sociais e sua comunidade. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica nasce como um movimento que visa à desconstrução de saberes e práticas focadas no manicômio, um espaço que segrega e exclui com o subterfúgio de tratar as manifestações da loucura (PINHO; HERNÁNDES; KANTORSKI, 2010).

A reforma psiquiátrica também propõe o nascimento de novos dispositivos de tratamento, substitutivos ao manicômio e inseridos na comunidade onde vive o sujeito. No contexto brasileiro, esses serviços são chamados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços devem estar articulados, em parceria, com outros serviços de saúde, para que possa dar conta de contemplar as diferentes dimensões da vida humana que vivencia uma situação de sofrimento mental. Nesse caso, os serviços substitutivos nascem como propostas inovadoras de tratamento, reabilitação, cuidado e inclusão, premissas essas pouco existentes nos espaços hospitalares psiquiátricos (DIAS, 2007).

Nesse contexto de saúde mental e reforma psiquiátrica temos como uma das patologias que outrora era indispensável à internação, está a esquizofrenia, que se caracteriza por distorções do pensamento, da percepção e de afetos inapropriados ou embotados. A consciência e a capacidade intelectual, em geral, estão preservadas, mas alguma deficiência cognitiva pode surgir com a evolução do transtorno (NICOLINO; VEDANA, 2011).

É uma das mais intrigantes e também estudadas condições psiquiátricas. É um transtorno que acomete cerca de 1% da população, compromete diversos aspectos da vida do seu portador e representa uma importante carga em termos financeiros e sociais, não somente para o paciente, mas para a família, cuidadores e para a sociedade como um todo. Por ser uma condição crônica, demanda tratamento medicamentoso prolongado e este se dá, principalmente, pela utilização de antipsicóticos (NICOLINO; VEDANA, 2011).

A enfermagem, através do cuidado deve partir do princípio de que o portador dessa patologia é um ser humano singular que apresenta alterações emocionais e comportamentais. Assim, poderá ajudá-lo a enfrentar as dificuldades, aceitando suas limitações (FARIAS, 2014)

O enfermeiro e sua equipe precisam dirigir suas ações para atender as necessidades apresentadas pelo esquizofrênico. Na prática, observa-se que enfermeiros psiquiátricos, com frequência, encontram dificuldades em implementar os cuidados de enfermagem aos esquizofrênicos, devido as características dessa doença mental (CASTRO; FUREGATO, 2010).

É necessário levar em consideração todo o contexto social e familiar do paciente esquizofrênico, é necessário analisar as ideias profissionais que se levam em conta quando esse assunto é abordado. Entende-se que o medico se configura como aquele a quem lhe confere a responsabilidade de medicar, e ao enfermeiro é dada a função de cuidar (GOMES; MELLO, 2012).

No entanto, apesar das discussões sobre a função do enfermeiro numa equipe multidisciplinar, prevalece o entendimento de que o enfermeiro ao atuar em saúde mental, desenvolve suas habilidades baseado nas práticas tradicionais, administrando medicações, supervisionando a equipe de enfermagem, atendendo, registrando e encaminhando os pacientes para os demais profissionais (FARIAS, 2014).

Desse modo, faz-se necessário esclarecer quais são e como está a estratégia de cuidados de enfermagem com esses pacientes, e , sendo assim, traçou-se como objetivo desse trabalho de conclusão de curso, relatar o cuidado de enfermagem e sua importância no tratamento de pacientes esquizofrênicos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a atuação da enfermagem frente ao tratamento de pacientes esquizofrênicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer o histórico de saúde mental e sua política vigente no Brasil;
- Relatar sobre a esquizofrenia;
- Esboçar sobre a equipe de matriciamento;
- Argumentar sobre a sistematização da assistência de enfermagem aplicada à saúde mental.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico de caráter descritivo, onde se utilizou a base de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Acervo da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Sistema de Informações da OMS (Organização Mundial da Saúde). Manuais do Ministério da Saúde, o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, além do acervo pessoal da autora.

O levantamento das fontes de publicações foi do período de Agosto de 2016 a Outubro de 2017, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão para revisão de literatura: artigos, manuais do Ministério da Saúde, monografias, dissertações, teses disponíveis na íntegra, publicados e escritos em línguas nacionais e internacionais, no período de 2005 a 2017, coerentes com o tema da pesquisa, sendo excluídos os materiais que não abordavam a temática proposta e/ou não atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Enfermagem; Saúde Mental; Esquizofrenia.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Nos primeiros relatos de transtornos mentais no Brasil, os indivíduos acometidos por quaisquer desordem de cunho mental eram mantidos enclausurados em casa de familiares, sendo considerados como um ser desprovido de cidadania, e os que apresentavam comportamento agressivo, eram levados para as Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e sob péssimas condições de higiene (CROVADOR, 2012).

No ano de 1852 foi criado o primeiro hospício, D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Graças a isso fora incentivada a criação de outras Santa Casas e de manicômios em alguns outros estados do Brasil (GUIMARÃES, 2011).

De acordo com Heidrich (2007), na segunda metade do século XX, incentivada principalmente por Franco Basaglia psiquiatra italiano, iniciou uma crítica sobre o tratamento de pacientes com transtornos mentais e das instituições psiquiátricas, esse movimento teve repercussão no mundo inteiro, particularmente no Brasil.

A reforma psiquiátrica no Brasil tem origem em meados de 1978, onde ocorreu um episódio no Rio de Janeiro que ficou marcado como o início da reforma psiquiátrica brasileira, profissionais do Centro Psiquiátrico II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, deflagraram greve geral em reivindicação de melhorias trabalhistas e salarial. Surge então o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (SILVA, 2016).

Através de vários congressos, encontros regionais e nacionais só fortaleceu o MTSM, onde políticos deram novas propostas de atenção à saúde mental. Sendo a co-gestão e a participação no Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, (CROVADOR, 2012).

Segundo Antunes e Queiroz (2007), foi depois de 1988 com a criação do Sistema único de Saúde- SUS, onde dizia que a saúde era um direito de todos e dever do estado e após a descentralização e o mecanismo de co-gestão em sua organização, o SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma

psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos deficientes mentais.

Em 1989, após as diversas manifestações em fóruns políticos e acadêmicos realizadas por trabalhadores de saúde, usuários e suas famílias, foi que foram levadas ao Congresso Nacional as propostas para o que então seria o Projeto de Lei nº 2.675/89, até então conhecido como a Lei Antimanicomial, projeto esse que tinha como objetivo principal eliminar de forma progressiva os manicômios e substituí-los através de outros recursos assistenciais (BRASIL, 1989 *apud* CROVADOR, 2012,).

Essas novas modalidades assistenciais incluíam a criação do CAPS, NAPS, CAIS-Mental, CERSAM, Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas), Centros de Convivência, inclusão da saúde mental na atenção básica e no PSF, Projetos de Inserção no Trabalho e Cooperativas, Projetos de Intervenção Cultural, atenção domiciliar e ações comunitárias e territoriais que forjaram práticas inovadoras, dentre as quais: novas formas de cuidado da complexidade do sofrimento, a transformação da relação com os usuários e os familiares, a criação de novos processos de trabalho no cotidiano dos serviços, a inserção no território, a criação e potencialização de redes sociais e de suporte, o desenvolvimento de múltiplos projetos de inserção no trabalho, acesso aos direitos e de participação na vida pública (HIRDES, 2009, p. 298)

Foi após 12 anos de tramitação, no ano de 2001, que enfim foi sancionada o que era o projeto de lei do então Deputado Paulo Delgado. A aprovação teve algumas alterações no texto normativo do projeto de lei original. Por assim dizer a Lei Federal 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação desta lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (D'AGORD, 2013).

A Reforma Psiquiátrica, passa a concretizar-se, recebendo extensa confirmação e visibilidade. Limites exclusivos de financiamento são designadas pelo Ministério da Saúde para serviços acessíveis e para substituição ao hospital psiquiátrico além de modernos mecanismos serem designados para a fiscalização, gestão e redução projetada de leitos psiquiátricos no Brasil (PINTO, 2012).

Foi a partir deste alvo, a rede de atenção diária à saúde mental passa por um enorme alargamento, onde passa a alcançar, agora, regiões de ampla tradição

hospitalar, que não se existia a correta assistência comunitária em saúde mental (PINTO et al., 2012).

Nesse momento os pacientes que estão por grande período internadas, vêm o processo que vai desinstitucionalizá-los acontecer, onde é criado o Programa chamado De Volta Para Casa. Agora está criada uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica, e é esquematizada a política para a demanda do álcool e de outras drogas, agrupando a estratégia de diminuição de danos (SILVA, 2016).

No ano de 2004 acontece I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, no estado paulista, onde se encontram para a pauta, aproximados dois mil trabalhadores e usuários dos Centros de Apoio Psicossociais- CAPS, a intenção era a transição definitiva do modelo da assistência pautada em hospital psiquiátrico para a de assistência comunitária. Foi nessa época que a Reforma Psiquiátrica se concretiza como política oficial do governo federal (PINTO et al., 2012).

4.1.1 Saúde mental

A saúde mental, física e a social são estreitamente ligadas e profundamente interdependentes, logo cresce a compreensão desse relacionamento, tornando mais evidente que a saúde mental é primordial para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países (BRASIL, 2016).

Estima-se que 450 milhões de pessoas sofrem com transtornos mentais e uma grande minoria é tratada, em países em desenvolvimento as pessoas com doenças mentais graves são deixadas a mercê onde transforma-se em vítimas por causa de sua doença, sofrendo estigma e discriminação da sociedade. (JORGE et al., 2009)

Segundo LIMA (2010), para cuidar dos doentes mentais não precisamos isolar e retirar o sujeito de seu seio familiar e social. O ato de cuidar emerge a capacidade criadora existente em cada um, de criar novas maneiras de conviver com o outro em suas diferenças. Isto não indica que no manuseio da crise possamos recusar ajuda especializada e acesso aos serviços de saúde, pois é o grande suporte que o familiar necessita para poder cuidar.

A assistência à doença mental, ao longo de sua trajetória, sempre transcreveu a impossibilidade da família estar junto, conviver e cuidar do doente mental. Esta

impossibilidade indicou, durante décadas, o afastamento do convívio social e familiar.

Transformar, recriar as relações existentes entre a família, a sociedade e o doente mental não é tarefa das mais fáceis. Existe o pronto, o universalmente aceito, a delegação do cuidado a outrem, que revelam as incapacidades de lidar com a loucura, de aceitar novos desafios e de se aventurar em caminhos não trilhados (MARQUES; BIM; SIQUEIRA, 2012).

A separação dos fatores psicológicos e sociais tem constituído um tremendo obstáculo a uma verdadeira compreensão destes problemas. Na verdade, estas perturbações são semelhantes a muitas doenças físicas, pelo fato de procederem de uma difícil interação de todos aqueles fatores (LIMA, 2012).

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde os comprometimentos mentais e comportamentais são uma série de perturbações definidas pela Classificação Internacional das Doenças (CID). Embora os sintomas variem consideravelmente. Esses comportamentos caracterizam-se, geralmente, por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos à esquizofrenia, a depressão, o atraso mental e as perturbações pelo uso de substâncias psicoativas (CARVALHO, 2012).

4.2 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia, está caracterizada por distorções do pensamento, da percepção e de afetos inapropriados ou embotados. A consciência e a capacidade intelectual, em geral, estão preservadas, mas alguma deficiência cognitiva pode surgir com a evolução do transtorno (NICOLINO; VEDANA, 2011).

Afirmada pela Organização Mundial de Saúde- OMS, essa doença psiquiátrica é classificada como umas das mais graves e com maiores desafios a serem pesquisadas atualmente (BELLEMO *et al*, 2016).

É uma das mais intrigantes e também estudadas condições psiquiátricas. É um transtorno que acomete cerca de 1% da população, compromete diversos aspectos da vida do seu portador e representa uma importante carga em termos financeiros e sociais, não somente para o paciente, mas para a família, cuidadores e para a sociedade como um todo. Por ser uma condição crônica, demanda

tratamento medicamentoso prolongado e este se dá, principalmente, pela utilização de antipsicóticos (FARIA; CHICARELLI, 2009).

A esquizofrenia doença psíquica caracterizada, basicamente, pela cisão do pensamento, do afeto, da vontade e do sentimento subjetivo de personalidade sua etiologia ainda são desconhecidas, porem verifica-se a interação entre fatores culturais, psicológicos, e biológicos entre os quais destacam-se o natureza genética e sua incidência está entre 0,1-0,7 novos casos para cada 1.000 habitantes (BELEMMO *et al.*, 2016).

Estando classificada pela psiquiatria como uma síndrome que tem como características uma gama de sinais e sintomas que surgem normalmente por volta da segunda década de idade em homens e nas mulheres em torno dos 25 anos, como forma de um surto psicótico, corriqueiramente acompanhada com delírios,alucinações, desordem dos pensamentos entre outros (GIRALDI; CAMPOLIM, 2014).

A doença atinge em igual proporção homens e mulheres, mas em geral inicia-se mais cedo nos homens. Por ser uma doença crônica, a esquizofrenia constitui um grave problema de saúde pública, pois trata-se de uma das principais causas de incapacidade de pessoas do mundo. Sua incidência no Brasil, não é tão expressante à de outros países, tendo similaridade, atingindo quatro a cada dez mil adultos, diagnosticados (BELEMMO *et al.*, 2016).

Ainda não foram identificadas as causas para o acometimento da esquizofrenia, o que se aceita na verdade é vulnerabilidade X estresse, que trás como conceito aceitáveis que quando há vulnerabilidade crescem os riscos para que se desenvolva os sintomas, quanto está associada aos estresses ambientais, na falta de estrutura para lidar com eles. Os fatores de vulnerabilidade são fundamentados em um elemento biológico, onde estão inclusos a predisposição genética que interagem com fatores complexos físicos, ambientais e psicológicos (PEREIRA; LEAL, 2017).

4.2.1 Sintomas da Esquizofrenia

Estão classificados em sintomas positivos e negativos, tendo como os sintomas positivos caracterizados anormais, em cada experiência individual. (OLIVEIRA, 2014).

Colocado como *insight* pela psiquiatria, vem a ser uma espécie de ideia, luz, pensamento que surge repentinamente. No sintoma positivo pode ser visto pelo paciente como uma ilusão de sua patologia onde o mesmo entra em negação que exista uma doença mental instalada, mesmo tendo sintomas inegáveis. Por esse motivo os sintomas postos como positivos são geralmente os de formas mais graves (MOREIRA, 2015).

Já nos sintomas classificados como negativos, se mostram sintomas menos graves, mas com a mesma preocupação, onde existe pensamentos e comportamentos em igual perigo. Nos sintomas negativos há uma maior consciência que se há uma doença mental instalada e essa requer algum tratamento (MINGRONE *et al.*, 2013).

Pacientes que percebem maiores problemas cognitivos inserem-se com maior resolutividade nos programas de remediação, vistas que, suas queixas cognitivas cooperam para uma maior motivação em todo o processo de tratamento (MOREIRA 2015).

São classificados em sintomas positivos sendo, a distorção do funcionamento normal de funções psíquicas; e negativos onde é caracterizado por perda das funções psíquicas (BEHENK *et al.*, 2011).

Quadro 1. Principais sintomas esquizofrenia:

SINTOMAS POSITIVO	SINTOMAS NEGATIVOS	ALTERAÇÕES COGNITIVAS	ALTERAÇÕES NA AFETIVIDADE
Delírios;	Deficiência intelectual e de memória;	Diminuição raciocínio;	Mudanças abruptas de humor;
Alucinações;	Pobreza de discurso;	Diminuição da memória	Depressão;
Pensamentos incoerentes;	Embotamento afetivo;	Dificuldade de linguagem	Bizarrices;
Agitação psicomotora;	Incapacidade de sentir prazer – Anedonia;	Incapacitação de realizar funções.	Manifestações inapropriadas;
Afeto incongruente;	Isolamento sócial e falta de motivação;		

Fonte: BEHENK *et al.*, 2011. Compilado pela autora.

4.2.1.1 Período Prodrômico da Esquizofrenia

Período esse que antecede o primeiro surto psicótico, ou seja, é o período que antecede o diagnóstico conclusivo. Esse período pode variar de dois até quatro anos (MARTIN, 2013).

Anterior ao primeiro episódio pode observara os seguintes sintomas:

Quadro 2.Pródromos da Esquizofrenia.

Atenção e concentração minimizadas
Depressão
Alterações do sono
Ansiedade
Isolamento social
Desconfiança
Deterioração funcional
Irritabilidade

Fonte: Martin, 2013. Compilado pela autora.

Carvalho e Costa (2008), afirmam que mesmo se apresentando esses sintomas, não necessariamente o individuo vá desenvolver um surto psicótico, no entanto, pacientes com pré disposição para o desenvolvimento de esquizofrenia, se tratados durante o período prodrômico tem chances maiores de serem minimizados os sintomas de uma possível primeira crise.

4.2.2 Subtipos da Esquizofrenia

Dentro do Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV, está subdividindo a esquizofrenia em cinco subtipos, sendo elas:

Esquizofrenia paranóide: São pacientes que trazem como sintomas delírios e alucinações, mas que não alteram o raciocínio lógico, o afeto ou comportamento. É o subtipo que depara com melhor prognóstico. Nesses subtipos o indivíduo normalmente matém seus empregos e um bom relacionamento com a família. No

entanto, são os que comumente notam a doença. Este subtipo são também os que mais cometem suicídio (PEREIRA, 2015).

Esquizofrenia Hebefrênica/ Desorganizada: São pacientes que trazem um raciocínio deveras inapropriados, desorganizados e bizarros. Apresentam o pior prognóstico, tendo elevado percentual de incapacidade funcional, perda de relacionamentos e grande necessidade de institucionalização (CARVALHO; SANTOS, 2012).

Esquizofrenia Catatônica: São doentes que não interagem com ambiente e normalmente adotam características estranhas. Não consentem solicitações e lutam contra a tentativas de movê-los. Na catatonia ocorrem episodicamente sintomas de estupor, rigidez, negativismo, ou agitação psicomotora (KONDO *et al.*, 2015).

Esquizofrenia Residual: São aqueles indivíduos passam por longos momentos com ausência dos sintomas positivos, no entanto mostram outros sintomas de caráter discreto, como inquietações no raciocínio e afetividade, predominam os sintomas negativos (PEREIRA, 2015)

Esquizofrenia Indiferenciada: São aqueles pacientes que não se encaixam em nenhuma dos subtipos mencionados, onde trazem sintomas de mais de um subtipo (CARVALHO; SANTOS, 2012).

Para tanto, não se pode definir um sinal ou patognomônico. O diagnóstico é feito pelo conjunto de sintomas. A psicose classifica-se como uma manifestação típica, porém não se pode definir como um sintoma privativo da esquizofrenia (KONDO *et al.*, 2015).

4.2.3 Diagnóstico e tratamento da esquizofrenia

Para confirmação do diagnóstico o médico leva em consideração critérios clínicos da CID – 10, esses critérios atendem a presença de alguns sinais e sintomas que precisam ser atendidos (PEREIRA; LEAL, 2017).

Pelo menos dois desses sinais e sintomas devem ser apresentados pelo paciente, quer sejam de maior hierarquia como: roubo, eco, irradiação de pensamentos, delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante; vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros

tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo; e delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com extraterrestres) (WAGNER *et al.*, 2011).

Sintomas de menor hierarquia que estão inclusos: alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes; neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante; comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, negativismo, mutismo e estupor; e sintomas “negativos”, tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico) (VASCONCELLOS, 2010).

Sendo uma patologia crônica, o esquizofrênico tem a necessidade de um tratamento farmacológico para assim ter um alívio dos sintomas, além de melhoramento na condição de vida, o tratamento medicamentoso utilizado pelo paciente esquizofrênico, são os indicados pelo médico, chamados antipsicóticos (ALMEIDA, 2010).

Quadro 3: Fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia:

Risperidona: comprimidos de 1, 2 e 3 mg
Quetiapina: comprimidos de 25, 100, 200 e 300 mg
Ziprasidona: cápsulas de 40 e 80 mg
Olanzapina: comprimidos de 5 e 10 mg
Clozapina: comprimidos de 25 e 100 mg
Clorpromazina: comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/mL
Haloperidol: comprimido de 1 e 5 mg solução oral 2 mg/mL
Decanoato de haloperidol: solução injetável 50 mg/mL

Fonte:Carvalho; Santos 2012.

O tratamento farmacológico da esquizofrenia iniciou-se com a descoberta dos medicamentos chamados de antipsicóticos, capazes de melhorar os sintomas dos pacientes portadores dessa síndrome. A introdução dos antipsicóticos resultou em uma grande transformação na psiquiatria onde possibilitou aos acometidos por doenças mentais institucionalizados pudessem fazer uso desses medicamentos em seu próprio lar, e podendo ainda, em alguns casos, passar a conviver dentro da normalidade em meio a sociedade (ALVES; SILVA, 2010).

4.3 CONHECENDO A EQUIPE DE MATRICIAMENTO

O Apoio Matricial, igualmente chamado de matriciamento, é uma maneira de desempenhar a atenção em saúde num formato compartilhado objetivando à integralidade e à resolubilidade da atenção, através de um serviço inter disciplinar (CAMPOS, 2007).

Em se tratando de atenção básica o matriciamento exerce uma relação entre as equipes da ESF e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), onde configura-se de distintos contornos transversalmente em suas duas dimensões: técnico-pedagógica e assistencial (BRASIL, 2014).

O NASF, são equipes onde fazem parte profissionais de diferentes áreas onde atuam de maneira interligadas a ESF (BRASIL, 2011).

No que se refere técnico-pedagógica, colocam-se ações próximas em meio a profissionais do NASF e das equipes que encontram-se atreladas, onde se considera as necessidades de cada sujeito, família ou comunidade em questão e as probabilidades de relação. Essas ações tem significantes estratégias para a educação constante das equipes de ESF, vistas que saberes e práticas compartilhadas promovem um aprendizado em conjunto (BRASIL, 2012).

Almeida (2010), afirma que a equipe de matriciamento é composta por diversos profissionais, médicos, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos, terapeutas, técnicos de enfermagem dentre outros. Esse apoio visa fazer uma ligação entre a UBS e o local de referencia, onde os cuidados e as terapias voltadas para esses pacientes, não fiquem na responsabilidade de apenas um profissional, as que seja trabalhado em rede.

O matriciamento como uma lógica, afere troca de conhecimentos entre a equipe de saúde mental com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde

buscam intervenções conjuntas, sem assim co-responsabilizar apenas uma única equipe, e assim trabalham para o bem maior do usuário, assim como de sua família (DIMENSTEIN, 2009).

Os CAPS tem um papel central no processo de ligação da rede básica de atenção à saúde mental. O Ministério da Saúde (MS) determina como essa atuação deve acontecer para que haja essa ligação.

4.3.1 Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família foi iniciada em junho de 1991, com a implantação PACS. Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, integrando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (OLIVEIRA, 2012).

A ESF tem como principal objetivo prestar assistência em saúde em nível de atenção primária, realizando seu papel pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade da assistência, equidade, com participação social a todos os usuários de uma população adstrita em sua área de abrangência (BRASIL, 2013).

Devido à sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para enfrentar os importantes problemas de saúde pública tais como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Entretanto, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa (BRASIL, 2015).

Na tentativa de auxiliar na resolução desta problemática foi criado o apoio matricial, que consiste em um arranjo organizacional que visa o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse conjunto de ações, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica (CAMPOS e DOMITT, 2007).

Esse arranjo organizacional fez com que a equipe junto à família, pudesse construir coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas relacionados à violência, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, as estratégias de redução de danos, para que assim fosse realizada a diminuição da segregação pela loucura e

desenvolvimento de ações que mobilizem recursos comunitários para reabilitação psicossocial (ALMEIDA, 2012).

4.3.2 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são locais de referência e tratamento para indivíduos que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja gravidade ou persistência justifique sua permanência para a reabilitação psicossocial. É um serviço de saúde mental criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

O primeiro CAPS do Brasil surgiu em março de 1987, na cidade de São Paulo, com a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Ele representava a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para um grande número dos doentes mentais (psicóticos e neuróticos graves) atendidos na rede pública, sendo seu ideário constituído de propostas dirigidas à superação das limitações evidenciadas pelo binômio ambulatório-hospital psiquiátrico no tratamento e reabilitação de sua clientela (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Os CAPS realizam serviços comunitários ambulatoriais, onde o paciente tem direito a receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, tendo a opção de participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas, atividades essas realizadas por profissionais do serviço, articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO 2006).

Portanto, todo CAPS deve, interagir com as equipes de atenção básica de seu território para gerar vínculo entre as equipes, criar iniciativas conjuntas de levantamento de dados fundamentais sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território, executar apoio matricial às equipes da atenção básica, fornecendo assim orientação, supervisão, atendendo em conjunto nas situações mais graves, realizando visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica e elaborar atividades de educação permanente sobre saúde mental, em conjunto com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2011).

Na consolidação do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família tornou-se um dispositivo estratégico para inversão do modelo assistencial curativo e

hospitalocêntrico. Em suas diretrizes, focaliza a prevenção de doenças, o controle de agravos e a promoção da saúde. As ações devem ser operadas no contexto territorial e comunitário com atuação multidisciplinar e participativa (MENDES *et al.*, 2008).

Simultaneamente, o CAPS apresenta-se como serviço de saúde ordenador das ações de saúde mental nas redes assistenciais. Atualmente, as necessidades e demandas da população requisitam uma articulação efetiva do cuidado em saúde mental no território. O processo de matriciamento em saúde mental ocorre na integração das equipes de saúde da família e atenção psicossocial para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves (ARONA, 2009)

Desta forma, estabelecer o serviço de apoio matricial é uma das funções dos CAPS e compreende um dos mecanismos mais importantes para ampliar a integração da rede de saúde (AMARANTE, 2015).

A função do CAPS na saúde mental compreende:

Quadro 4: Principais funções do CAPS:

Monitorar casos de distúrbios mentais leves e moderados diariamente, evitando assim a superlotação dos hospitais psiquiátricos
Adotar métodos terapêuticos que envolvam a inserção do portador de distúrbio mental na sociedade, através de ações conjuntas com outros órgãos
Oferecer suporte e orientações para as famílias carentes sobre eventuais benefícios em caso de vulnerabilidade socioeconômica
Efetuar uma estratégia de mapeamento sobre os indivíduos com transtornos mentais no município
Elaborar planejamentos adaptados para determinada área em virtude de particularidades na localização, condições sociais, culturais e econômicas
Criar mecanismos de reinserção social através de atividades de lazer, trabalhos comunitários, projetos culturais e fortalecimento dos laços familiares
Trabalhar o vínculo com as famílias, tornando-as parceiras no tratamento

Fonte: BRASIL, 2016. Compilado pela autora.

4.4. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM- SAE NA SAÚDE MENTAL

A Sistematização da Assistência de Enfermagem surgiu com o propósito de qualificar a assistência prestada ao paciente, contribuindo de forma significativa para o reconhecimento da Enfermagem enquanto ciência (LIMA *et al.* 2011).

As etapas da SAE, junto a Resolução COFEN nº 358/2009, são determinadas de acordo com o Art. 2º tratando-se das seguintes etapas: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); II – Diagnóstico de Enfermagem; III – Planejamento de Enfermagem; IV – Implementação; V – Avaliação de Enfermagem. Sendo assim, encontram-se inúmeras descrições das etapas da SAE, variando de autor para autor, porém, as mesmas organizam-se de forma inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (CROVADOR, 2012).

Tais etapas, implementadas, intervêm na identificação dos problemas de saúde dos pacientes, bem como também, avaliam as respostas do indivíduo e se o tratamento aplicado, evoluiu ou não. A enfermagem intervém promovendo saúde, quando se trata de fatores fisiológicos e psicológicos. No campo da saúde mental não seria diferente, pois a mesma possui, uma enorme contribuição na assistência ofertada ao paciente com sofrimento psíquico (SOUZA *et al.*,2017).

Para tanto, é primordial, que os enfermeiros tenham um preparo para essa realidade, na qual, além de atender o usuário, devem desenvolver um trabalho com competências coletivas e em equipe interdisciplinar, na busca da reabilitação psicossocial, pois para que a SAE seja efetiva, não é necessário o empenho só por parte do enfermeiro, mas também dos outros integrantes da equipe, como técnicos ou auxiliares, que darão continuidade ao processo de enfermagem, através da etapa prescrição de enfermagem, a ser realizada (FERNANDES, 2016).

Oliveira (2014), sugere que para ocorrer um salto de qualidades na atenção à saúde mental, é necessário, efetivamente, contemplar a pessoa, como um ser humano integral; vê-lo de maneira holística, e esse olhar é possível, a partir da implementação do processo de enfermagem. Disponibilizar aos demais enfermeiros e profissionais da saúde mental, estratégias onde as práticas sejam voltadas à

grupos terapêuticos, viabilizando o processo de enfermagem, para se obter à referida Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Para tanto, faz-se necessário, que seja implementada uma prática direcionada ao paciente, individualmente, para que o mesmo, manifeste reações positivas em seu tratamento. A Sistematização da Assistência de Enfermagem na saúde mental, tem como pretensão nomear com maior destreza, os focos do cuidado e as intervenções propostas em cada tratamento (PEREIRA; LEAL, 2017).

Segundo Dias e Silva (2010), com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental, foi preciso reestruturar, os modelos de trabalho e, conseqüentemente, o projeto terapêutico institucional. Ademais, nessa direção, cabe também a enfermagem, afastar-se do modelo médico-centrado e adquirir uma postura terapêutica, baseada numa expectativa humanista e de autonomia profissional.

Visando a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a saúde, compreendeu-se, a necessidade da atenção, que o enfermeiro pode prestar a determinados clientes, com sofrimento psíquico, com o intuito de implementar o processo de enfermagem, voltado às necessidades psíquicas de cada indivíduo, dessa maneira, a implementação da consulta de enfermagem no campo da saúde mental permite ao enfermeiro trabalhar sintomas clínicos do transtorno mental, considerados primários (CANABRAVA *et al.*, 2012).

Deste modo, a relação terapêutica constitui-se como uma ferramenta que permite ao enfermeiro compreender a dificuldade da pessoa com sofrimento mental e se torna essencial para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem dispensados ao paciente com as mais diversas finalidades (OLIVEIRA, 2014).

De acordo com a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2008), diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Este diagnóstico, por sua vez, confere a base para que o enfermeiro realize as prescrições de enfermagem e, conseqüentemente, para os resultados dos cuidados prestados ao paciente. A identificação dessa prática aumenta a responsabilidade dos enfermeiros ao avaliar os pacientes, determinar os diagnósticos e proporcionar as intervenções adequadas a ele.

Canabrava *et al.*, (2012), cita alguns dos principais DE para pacientes com transtornos mentais, mais especificamente os esquizofrênicos:

- Déficit de atividade recreação
- Sentimento de pesar disfuncional
- Risco para trauma
- Ansiedade
- Distúrbio da imagem corporal
- Isolamento social
- Risco para Violência direcionada a si mesmo
- Distúrbio no padrão do sono
- Distúrbio da auto-estima
- Memória prejudicada
- Processos familiares alterados
- Processos de pensamento Perturbado
- Comunicação verbal prejudicada

Contudo, a SAE é significativa para a saúde mental, bem como em outras áreas, pois o enfermeiro pode ofertar cuidados ao paciente e indiretamente a sociedade, vendo o paciente não só por sua patologia, mas sim, como ser humano que ele é, já que a sistematização da assistência vislumbra colaborar com a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, sendo habilidade do enfermeiro, viabilizá-la no planejamento, avaliação e cumprimento da assistência de enfermagem. Ao observar as etapas da SAE, evidencia-se, que existe uma evolução positiva na terapia do cliente e que há uma crescente na assistência prestada (RODRIGUES, 2015).

4.4.1 Cuidados de Enfermagem ao Esquizofrênico

No atendimento a pacientes psiquiátricos os enfermeiros são peça fundamental no processo de humanização, que visa melhorar à qualidade do atendimento, pois valoriza os hábitos e cultura do indivíduo reconhecendo os seus direitos. Os enfermeiros, juntamente com os demais membros da equipe, desempenham papel fundamental no cuidado e na luta contra o estigma da

esquizofrenia, em todas as fases do tratamento e da recuperação das pessoas afetadas (CASTRO; FUREGATO, 2012).

Assim, trabalhar de forma humanizada lidando com pacientes psiquiátricos, ajuda o enfermeiro a posicionar-se de maneira mais eficiente frente a situações novas no cotidiano, ele será capaz de oferecer um ambiente acolhedor e dar condições de tratamento para o portador de sofrimento psíquico (RODRIGUES, 2015).

Segundo Guimarães (2011), um estudo que identificou a satisfação de profissionais da saúde mental (enfermeiros) ao contribuírem com a ressocialização dos pacientes evidenciou que o trabalho é muito difícil porque exige tempo e recursos, mas os resultados positivos são gratificantes. Os aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia é relevante estabelecer e manter a aliança terapêutica, esses passos que consistem em:

Quadro 5. Cuidados de enfermagem

Monitorar e acompanhar o paciente, prestando atenção aos sintomas prodrômicos de recaída;
Promover educação sobre a esquizofrenia e seu tratamento;
Determinar a necessidade de medicação e de intervenções psicossociais, e elaborar um plano de tratamento;
Reforçar a adesão ao plano de tratamento;
Incentivar a compreensão e a adaptação psicossocial, e buscar uma adaptação social compatível para cada caso;
Ajudar a reconhecer precocemente as recaídas, promover as mudanças no tratamento e identificar fatores que precipitam ou perpetuam os surtos;
Envidar esforços para aliviar o estresse familiar e melhorar o funcionamento familiar;
Facilitar o acesso do paciente aos diversos serviços e coordenar os recursos destinados à saúde mental, tratamento clínico-geral.

Fonte: Cordeiro; Terra; Piatak, 2012. Compilado pela autora.

No entanto outra postura dos profissionais enfermeiros é exigida quanto aos cuidados à pacientes crônicos, como revela Costa e Lunardi (2007):

os pacientes crônicos são mais “estáveis” e, portanto exigem menos tempo da equipe [...] é necessário que os cuidadores, em especial as enfermeiras, estimulem o processo de compreensão desses clientes no que se refere ao enfrentamento dessas limitações.
(Costa e Lunardi 2007, p.53-8):

É pertinente também expor a ideia encontrada no artigo de Castro e Furegato (2010) de que: para os enfermeiros, os pacientes com menor contato, menor capacidade de comunicação, maior dependência e controlados pela própria doença são considerados os mais fáceis de manejo e aqueles com comportamentos adversos, que não apresentam comportamento submisso são desgastantes e de difícil manejo.

Isso contribui para reforçar o exposto de que a enfermeira e a equipe de enfermagem estão em contato mais próximo e mais prolongado com os doentes, resultando em maior desgaste e muitas vezes em mais stress e insatisfação (DEL CURA, 2014).

Na prática, observa-se que enfermeiros psiquiátricos, com frequência, encontram dificuldades em implementar os cuidados de enfermagem aos esquizofrênicos, devido as características dessa doença mental (CASTRO; FUREGATO, 2010). É necessário perceber que há novas exigências significativas no trabalho dos enfermeiros, as quais não estão voltadas somente para o cuidado da enfermidade em questão, mas para o resgate da subjetividade e todo o contexto de vida dos pacientes.

A comunicação desenvolve no enfermeiro a capacidade de aproximar-se das pessoas ao seu redor, quando exercício de suas atividades profissionais. Através do uso de modelos de enfermagem e teorias para o paciente de planejamento e de saúde cuidados, os enfermeiros serão capazes de oferecer um serviço melhor para indivíduo e da comunidade (BROWN, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa revisão para conclusão de curso foi possível conhecer sobre a evolução dos tratamentos psiquiátricos e um pouco mais sobre transtornos esquizofrênicos. Sobretudo, este trabalho possibilitou o alcance de uma visão holística sobre a atuação de enfermagem frente aos cuidados com esses pacientes, não apenas com enfoque técnico-medicamentoso. Ao que se pode perceber, a SAE é favorável para um bom prognóstico.

Além do mais nota-se, que a melhor assistência é a individualizada e humanizada, assistindo o paciente como um ser único, respeitando as suas necessidades biopsicossociais. Pode-se perceber que a promoção do cuidado de enfermagem não necessariamente é feita apenas através de artifícios técnicos, em um leito hospitalar ou em um ambulatório, haja vistas, após a reforma psiquiátrica ter possibilitado ao paciente esquizofrênico a convivência familiar e em meio social. A escuta atenta, o respeito, à vontade de interagir, a confiança, o vínculo são elementos que precisam ser utilizados na prestação de assistência qualificada, principalmente em pacientes psíquicos.

Pode-se observar a importância que a sistematização de enfermagem tem no processo terapêutico desses pacientes, uma vez que seguido seus passos minuciosamente o enfermeiro detém um olhar mais holístico e humanizado, pois o mesmo é capaz de identificar os anseios do paciente, elaborar planos de cuidado e ainda observar se esses planos demonstram os resultados esperados. Existe um sentido diferente à esquizofrenia em relação á outras doenças por ser pouco difundida e cercada de muitos mitos e estigmas, que acaba trazendo ainda mais sofrimento para o portador e sua família que precisam aprender a lidar com o impacto causado por essa patologia.

O enfermeiro tem uma importância relevante em direcionar os cuidados com o paciente acometido pela esquizofrenia, embora exista uma dificuldade própria do transtorno, seus cuidados beneficiam não somente o paciente em tratamento mas toda uma coletividade que faz parte da vida desse indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA; M. M. et al.; A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. [S/N]. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rprs/2010nahead/1312.pdf>>. Acesso em : 31 maio 2017.

ALVES; C. R. R.; SILVA; M.T. A. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico 2010. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 18, n. 1, p. 12-22, 2010. DISPONÍVEL: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v18n1/02.pdf>>. Acesso em: 14 jul 2017.

ANTUNES; M. M. S. O.; QUEIROZ. M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.207-215, 2007. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000300003>. Acesso em: 22 ago 2017.

BEHENK; et al. A família frente ao processo de tratamento e reinternação do portador de esquizofrenia **Enfermagem em Foco** v. 2, n.4, p.210-214, 2011. Disponível em:< <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/185>>. Acesso em: 23 mai 2017.

BELEMMO; A. I. S. et al. Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, 2016. Disponível em:< <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688>>. Acesso em: 23 nov 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica (39)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em 22 mai 2017.

_____. Ministério da Saúde. OPAS/MS <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depender-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 23 mai 2017.

BROW, J. B. Council on communications and media. American Academy of Pediatrics. **Clinical Report: The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families**. 2010. Disponível em:< <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/03/28/peds.2011-0054.full.pdf+html>>. Acesso em 22 ago. 2017.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016>. Acesso em: 22 maio 2017.

CAMPOS; M. O grupo das esquizofrenias ou demência precoce. **História, Ciências, Saúde** v.17, p.709-732, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s2/30.pdf>>. Acesso em 23 set 2017.

CANABRAVA, D. S. *et al.*, Diagnóstico e intervenções à pessoa com transtorno mental com base na consulta de enfermagem **Cogitare Enferm.** v. 17, n. 4, p. 661-8, 2012. Disponível em:< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30363>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

CARVALHO; J. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem familiar da pessoa com esquizofrenia **rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [S/N] ,2012. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602012000200008>. Acesso em: 13 nov. 2016.

CARVALHO; M. B.; SANTOS; A. M. L. Emergências Psiquiátricas. In: Carvalho MB, organizadora. **Psiquiatria para a enfermagem**. São Paulo: **Rideel**; 2012. p. 279-92.
CASTRO, S.; FUREGATO, A. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. São Paulo: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Vol.10, n.4, p. 957-65, 2008.

CORDEIRO, F.; TERRA, M.; PIEKAK, D. Cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia: revisão integrativa. Rio Grande do Sul: **Rev. de Enfermagem UFSM**, v. 2, n.1, p.174-181, 2012. Disponível em<

COSTA; V. .T.; LUNARDI; V. L.. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ.**; v.15, n.1, p.53-8. 2007.

CROVADOR; L. F. **Encontro Comunitário de Saúde Mental: um estudo fenomenológico**, 2012. 77f. Dissertação [Mestrado]. FFCL/USP- Psicologia. 2012. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-15012013-100129/pt-br.php>>. Acesso em 03 mar 2017.

D'AGORD; M. **Esquizofrenia, os limites de um conceito** .Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psicopatologia/esquiz1.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2017.

DIAS, M. T. G. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental : uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. Porto Alegre, 2007. 292 f. Tese [Doutorado] – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS, 2007. Disponível em: < http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2007-05-08T150137Z-564/Publico/389624.pdf>. Acesso em: 07 ago 2017.

FARIA; CHICARELLI; Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental **Rev Tecer - Belo Horizonte** v. 3, n. 2, 2009. Disponível em:<

<http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/179>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

FARIAS; M. C. O. N. **Os cuidados da enfermagem no tratamento da esquizofrenia** Florianópolis, 2014. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167547/Maria%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20de%20Oliveira%20Neves%20Farias%20-%20PSICO%20%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em : 22 set 2017.

FERNANDES; C. R. F. et al., **Cognição e insight na esquizofrenia** Dissertação [Mestrado] Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852011000200009>. Acesso em: 31 mai 2017.

GIRALDI; A. CAMPOLIM; S. Novas abordagens para esquizofrenia **Cienc. Cult.** v.66 n.2 , 2014. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=s0009-67252014000200003&script=sci_arttext>. Acesso em 28 mar 2017.

GOMES; M. S.; MELLO; R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v.8, n.1, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100002>. Acesso em: 18 fev 2017.

GUIMARÃES; A. N. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem** Curitiba, 2011. 212 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/DissertacaoAndreaGuimaraes.pdf>>. Acesso em: 30 mai 2017.

HEIDRICH; A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** Porto Alegre. 2007. 207 f. Tese [Doutorado]- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. PUC- Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2008-03-10T075453Z1049/Publico/398635.pdf>. Acesso em : 23 jun 2017.

HIRDES; A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.297-305, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000100036&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 22 ago 2017.

JORGE. M.S.B. et al. Enfermagem na atenção sistemática de saúde à família de pessoas com transtorno mental: estudo bibliográfico **Rev. Rene Fortaleza.** v. 9, n. 1,

p. 129-133, 2008. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3240/324027961016/>>. Acesso em 23 out 2017.

KONDO; E, H. et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev. Esc. Enferm. USP.**;v. 45, n.2):501-7, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200028>. Acesso em: 25 mai 2017.

KUMMER; L. O. **A psiquiatria forense e o manicômio judiciário do rio grande do sul: 1925-1941**. Porto Alegre. 2010. 148 f. Tese [Doutorado] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação História. UFRS. 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26911/000760962.pdf>>. Acesso em: 09 marc 2017.

LIMA, R.; et al. Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica. São Paulo: **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.. 12, n. 2, p. 348-53. 2010.

MARQUES; R. O. ; BIM; P. C. F.; SIQUEIRA; A. C. J. A realidade do viver com esquizofrenia **Rev. Bras Enferm**, Brasília. v. 65, n.2, p. 309-16, 2012. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028449017>>. Acesso em: 23 out 2016.

MOREIRA, J. K. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.60, n.3, p. 221-226, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852011000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2017.

NICOLINO, P.; VEDANA, K.; Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. São Paulo: **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, Vol. 45, n. 3, 2011 Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167547/Maria%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20de%20Oliveira%20Neves%20Farias%20-%20PSICO%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. A cesso em: 22 fev 2017.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Trad. de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.

OLIVEIRA; M. L. J. **A sistematização da assistência de enfermagem com enfoque na atenção psicossocial**. TCC (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem 2014 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/2010nahead/13098pdf>>.

PEREIRA; L. S. M.; SOARES; S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciênc. Saúde Coletiva** v. 20, n. 12, p.3839-51, 2015. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001203839&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 29 out 2016.

PEREIRA; M. B.; LEAL; E. M. Insight na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em centros de atenção psicossocial **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.21, p.229-249, 2017. Disponível em: <http://stat.ijie.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4689/4879>. Acesso em: 22 set 2017.

PINHO; B. L.; HERNÁNDEZ; A. M. B. KANTORSKI; L. P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica **Esc Anna Nery Rev Enferm** v. 14, n.2, p. 260-267, 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/07.pdf>. Acesso em 24 mar 2017.

PINTO; A. G. A. et al., Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17,n.3, p. 653-660, 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300011&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 16 ago 2017.

SILVA; J. K. S. **Desconstruindo círculos para construir para construir cirandas: uma análise sobre a prática do serviço social clínico na saúde mental Paraíba**. 61f. Monografia [Graduação]- Bacharelado em Enfermagem. UFP. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/11082/1/PDF%20-%20J%C3%A9fitha%20Kaliny%20dos%20Santos%20Silva.pdf>. Acesso em 22 ago 2017.

SOUZA; J. et al., Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais **Rev. Bras Enferm.** v. 70, n.5, p.985-92. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267052669007>. Acesso em: 22 out. 2017.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental ÁlcoolDrog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 mai. 2017

WAGNER, L. C. et al. Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores. **Rev.Saúde Pública**, v.45, n.2, p. 401-408, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000200019&script=sci_abstract. Acesso em: 03 dez 2016.