



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA –
UNIFAEMA**

JHAN KARLA DE MIRANDA BARROSO

AS ABORDAGENS NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

**ARIQUEMES- RO
2025**

JHAN KARLA DE MIRANDA BARROSO

AS ABORDAGENS NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

Artigo científico apresentado ao Centro Universitário FAEMA (UNIFAEMA), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Enfermagem

Orientadora: Profª. Ma. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos

**ARIQUEMES- RO
2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Centro Universitário Faema - UNIFAEMA

Gerada mediante informações fornecidas pelo(a) Autor(a)

B277a BARROSO, Jhan Karla de Miranda

As abordagens no autocuidado de pessoas com esquizofrenia/ Jhan
Karla de Miranda Barroso – Ariquemes/ RO, 2025.

40 f.

Orientador(a): Profa. Ma. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) –
Centro Universitário Faema - UNIFAEMA

1.Adesão terapêutica. 2.Autocuidado. 3.Enfermagem psiquiátrica.
4.Esquizofrenia. 5. Rede de atenção psicossocial. I.Ramos, Elis Milena
Ferreira do Carmo. II.Título.

CDD 610.73

Bibliotecário(a) Poliane de Azevedo

CRB 11/1161

AS ABORDAGENS NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

Artigo científico apresentado ao Centro Universitário FAEMA (UNIFAEMA), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Prof. Dr.Cassiano Ricardo Souza
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Prof^a. Ma. Sônia Carvalho de Santana
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

**ARIQUEMES- RO
2025**

*Dedico este trabalho aos meus pais,
familiares e amigos, que me
apoaram e incentivaram a seguir em
frente com meus objetivos.*

AGRADECIMENTO:

Primeiramente, agradeço a Deus, o Todo-Poderoso, criador dos céus e da terra, por me conceder força, saúde e determinação para enfrentar essa jornada. A Ele, por me sustentar a cada dia e permitir que eu chegassem até aqui, concludo mais uma etapa tão importante da minha vida acadêmica.

Aos meus pais, agradeço pelo apoio e amor, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem a seguir em frente, mesmo diante das dificuldades. Suas palavras de encorajamento e compreensão foram fundamentais para que eu tivesse forças para continuar.

À minha orientadora, professora Elis Milena, expresso minha profunda gratidão pela dedicação, paciência e orientação ao longo de todo esse percurso. Sua sabedoria e seus conselhos foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento como estudante e futura profissional de Enfermagem.

Aos meus professores, que ao longo desses cinco anos de graduação compartilharam seus conhecimentos, experiências e valores, deixo meu sincero reconhecimento. Cada aprendizado que levo comigo é resultado do empenho, da dedicação e do compromisso de cada um de vocês.

À minha filha, minha vida, minha maior inspiração, agradeço por ser o motivo que me impulsiona todos os dias. Sei que muitas vezes precisei me ausentar, mas que um dia ela entenda que cada momento de distância foi necessário para que eu pudesse lhe oferecer um futuro melhor.

Ao meu esposo, agradeço por sua presença constante, por todo o carinho, paciência e incentivo. Sua parceria e compreensão foram essenciais para que eu pudesse me manter firme e dar o meu melhor.

A todos os meus familiares — em especial aos meus tios, tias e amigos —, agradeço pelo apoio, pela torcida e pelas palavras de incentivo. Cada um de vocês teve um papel especial nessa conquista, e sou profundamente grata por ter pessoas tão queridas ao meu lado.

“O autocuidado não é egoísmo, é uma necessidade. Ao cuidar de si, você se capacita a cuidar melhor dos outros”.
Franklin S. Carter

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1 PANORAMA HISTÓRICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS	9
2.2 ESTRATÉGIAS DE APOIO-EDUCAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO.....	14
2.3 APLICABILIDADE DA TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO NA RAPS E IMPLICAÇÕES PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM	15
2.4 DÉFICITS DE AUTOCUIDADO PREVALENTES EM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA.....	17
2.5 ESTRATÉGIAS DE APOIO-EDUCAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO PARA FORTALECER AUTONOMIA E ADESÃO TERAPÊUTICA.....	20
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
4 RESULTADO E DISCUSSÕES.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	30
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PLÁGIO.....	37

AS ABORDAGENS NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA APPROACHES TO SELF-CARE IN INDIVIDUALS WITH SCHIZOPHRENIA

Jhan Karla De Miranda Barroso¹
Elis Milena Ferreira do Carmo
Ramos²

RESUMO

Este artigo analisa intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado de pessoas com esquizofrenia na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco em autonomia, adesão terapêutica e segurança clínica. Trata-se de revisão bibliográfica qualitativa, descritivo-analítica, que delimita a lacuna entre prescrição e prática cotidiana e justifica a necessidade de diretrizes aplicáveis no território e centradas na pessoa. Objetivo geral: mapear intervenções efetivas de apoio-educação e coordenação do cuidado; objetivos específicos: identificar déficits de autocuidado prevalentes, descrever estratégias que favoreçam adesão e autonomia e discutir a aplicabilidade de referenciais de Enfermagem no processo de cuidado. O método incluiu buscas nas bases SciELO e PubMed (2020 a 2025), leitura crítica e síntese narrativa, com critérios de inclusão voltados a estudos que descrevessem participação da Enfermagem em desfechos de adesão, hábitos de vida e continuidade do cuidado. Os resultados apontam déficits recorrentes em manejo de medicação, higiene do sono, alimentação, atividade física e organização doméstica, além de barreiras cognitivas e autoestigma. Emergiram como estratégias efetivas: decisão compartilhada e simplificação posológica; lembretes e organizadores; psicoeducação com linguagem simples e metas graduais; oficinas terapêuticas e apoio entre pares; monitorização metabólica articulada à APS; e fluxos de referência-contrarreferência com plano único e responsabilidades definidas. A Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem mostrou-se útil para alinhar diagnóstico, metas funcionais e tipo de apoio proporcional (total, parcial, apoio-educação), orientando avaliação, planejamento, implementação e avaliação na RAPS. Conclui-se que combinar apoio-educação, coordenação do cuidado e monitoramento de indicadores funcionais é caminho promissor para ampliar autonomia e sustentar a adesão, recomendando-se institucionalizar o processo de Enfermagem com metas mensuráveis e reforços periódicos e avançar em estudos de implementação no contexto brasileiro.

Palavras-chave: adesão terapêutica; autocuidado; enfermagem psiquiátrica; esquizofrenia; rede de atenção psicossocial.

¹ Graduanda , Enfermagem, UNIFAEAMA jhan.47583@faema.edu.br

² Mestra , Docente, UNIFAEAMA_elis.ramos@unifaema.edu.br

ABSTRACT

This article analyzes nursing interventions that promote self-care among people with schizophrenia within Brazil's Psychosocial Care Network (RAPS), emphasizing autonomy, therapeutic adherence, and clinical safety. It is a qualitative, descriptive-analytical literature review that frames the problem as the gap between prescription and everyday practice and justifies the need for person-centred, territory-applicable guidance. The general objective is to map effective interventions in supportive-education and care coordination; specific objectives are to identify prevalent self-care deficits, describe strategies that foster adherence and autonomy, and discuss the applicability of nursing frameworks to the care process. Methods comprised searches in SciELO and PubMed (2020e2025), critical reading, and narrative synthesis, with inclusion criteria targeting studies reporting nursing participation and outcomes in adherence, lifestyle, and continuity of care. Results indicate recurrent deficits in medication management, sleep hygiene, diet, physical activity, and home organization, as well as cognitive barriers and self-stigma. Effective strategies included shared decision-making and regimen simplification; reminders and organizers; plain-language psychoeducation with graded goals; therapeutic workshops and peer support; metabolic monitoring linked to primary care; and referral–counter-referral flows using a single plan with defined responsibilities. Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory proved useful to align diagnosis, functional goals, and proportional support (total, partial, supportive-education), guiding assessment, planning, implementation, and evaluation in RAPS. We conclude that combining supportive-education, care coordination, and functional indicators is a promising path to enhance autonomy and sustain adherence, recommending institutionalization of the nursing process with measurable goals and periodic reinforcement and the expansion of implementation studies in Brazilian settings.

Keywords: therapeutic adherence; self-care; psychiatric nursing; schizophrenia; Psychosocial Care Network (RAPS).

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental caracterizado por um conjunto de sintomas que pode incluir delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento e sintomas negativos (como apatia e embotamento afetivo), com prejuízo relevante no funcionamento social, ocupacional ou no autocuidado. O diagnóstico é clínico, baseado em critérios sindrômicos e curso temporal, e exige exclusão de condições médicas, substâncias e transtornos do humor. Essa definição orienta intervenções combinadas (farmacológicas e psicossociais) e sustenta o lugar estratégico da enfermagem na promoção do autocuidado e na coordenação do cuidado ao longo da RAPS (Solmi *et al.*, 2023).

A justificativa apoia-se na elevada carga de incapacidade associada ao transtorno, na heterogeneidade do curso clínico e na frequência de comorbidades que ampliam a

vulnerabilidade a desfechos adversos, incluindo descompensações e hospitalizações recorrentes; nesses cenários, a enfermagem ocupa posição estratégica para traduzir recomendações técnico-científicas em rotinas exequíveis no domicílio e no território, reduzindo internações evitáveis, qualificando a continuidade do cuidado e mitigando iniquidades por meio de educação em saúde, coordenação intersetorial e monitoramento sistemático (Pscheidt *et al.*, 2022).

No plano clínico-assistencial, a variabilidade de gravidade, a possibilidade de resistência terapêutica e a presença de condições clínicas associadas reforçam a necessidade de avaliações longitudinais e de planos terapêuticos singulares que acompanhem mudanças do quadro ao longo do tempo; a enfermagem estrutura esse acompanhamento mediante protocolos e rotinas de avaliação, definição de metas e checagens periódicas, com foco em reduzir eventos iatrogênicos, manejar reações a fármacos, sustentar a adesão e ampliar a autonomia do usuário em atividades de vida diária (Wang *et al.*, 2021).

A combinação entre farmacoterapia e intervenções psicossociais como psicoeducação de usuários e cuidadores, reconhecimento precoce de sinais de descompensação, grupos de socialização, apoio familiar e treinamento de habilidades de vida diária tende a produzir melhores desfechos funcionais e clínicos; nesses arranjos, a prática de enfermagem é central para organizar rotinas de uso seguro de medicamentos, higiene do sono, preparo de alimentos, organização do domicílio e estratégias de enfrentamento, com indicadores claros de processo e resultado (Oliveira; Peres, 2021).

No contexto brasileiro, a centralidade dos Centros de Atenção Psicossocial e da Atenção Primária cria condições institucionais para a sistematização da Assistência de Enfermagem e para a implementação de planos de autocuidado articulados ao Projeto Terapêutico Singular; a integração em rede favorece a continuidade do cuidado, o compartilhamento de informações e a pactuação de metas funcionais, incluindo monitoramento cardiometabólico, prevenção de recaídas e fortalecimento de vínculos terapêuticos com usuários e famílias (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Diante desse cenário, formula-se a pergunta orientadora: de que modo intervenções de enfermagem, ancoradas em evidências nacionais e em referenciais de autocuidado, podem promover de forma sistemática o autocuidado ao longo dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, considerando barreiras como estigma, efeitos adversos, comorbidades e desigualdades territoriais; a resposta demanda síntese analítica que identifique componentes efetivos das intervenções e estabeleça critérios de implementação, monitoramento e avaliação sensíveis às realidades locais (Lima; Alves; Furegato, 2022).

Como objetivo geral, define-se analisar intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado em pessoas com esquizofrenia; como objetivos específicos, estabelecem-se identificar déficits de autocuidado mais frequentes, descrever estratégias de apoio-educação e coordenação do cuidado que favoreçam autonomia e adesão terapêutica, e discutir a aplicabilidade desses referenciais no cenário brasileiro, tomando recomendações da literatura e indicadores de serviços como base para a implementação e avaliação contínua das práticas propostas (Vera *et al.*, 2023).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conceito de esquizofrenias e critérios do DSM-5

A esquizofrenia é compreendida como transtorno psicótico de curso geralmente crônico, definido por sintomas positivos, negativos e desorganização, com prejuízo funcional clinicamente significativo e necessidade de avaliação longitudinal para confirmação diagnóstica, segundo marcos classificatórios contemporâneos, a exemplo do DSM-5. Esse enquadramento orienta a construção de planos terapêuticos individualizados, articulando dimensões clínicas e psicossociais desde o primeiro contato e ao longo do seguimento. A precisão diagnóstica evita rotulações indevidas, melhora o prognóstico e favorece a pactuação de metas funcionais centradas na pessoa (Solmi *et al.*, 2023).

A heterogeneidade fenotípica e de curso impõe abordagem multimodal e contínua, integrando farmacoterapia baseada em evidências e intervenções psicossociais, com avaliação sistemática de risco-benefício e de preferências do usuário. O cuidado requer coordenação entre níveis assistenciais e pactuação de rotas de acesso, para reduzir atrasos terapêuticos e rupturas de seguimento. A centralidade da funcionalidade e da participação social desloca o foco de desfechos exclusivamente sintomáticos para metas de vida significativas (Carli *et al.*, 2021; Lima; Alves; Furegato, 2022).

Os déficits cognitivos representam alvo terapêutico prioritário por influenciarem autonomia, habilidades sociais e desempenho ocupacional. Programas de remediação cognitiva, quando integrados ao cotidiano dos serviços, produzem ganhos em funcionamento global e autogerenciamento, especialmente se acompanhados de estratégias para transferência às tarefas reais. A inserção planejada no Projeto Terapêutico Singular previne fragmentação e aumenta a aderência do usuário às atividades (Lejeune; Northrop; Kurtz, 2021).

Atualizações recentes recomendam formatos intensivos, ecologicamente válidos e orientados a metas funcionais, com monitoramento de resultados que incluem indicadores de vida diária, trabalho e estudo. A integração com familiares, pares e educadores amplia generalização e sustentabilidade dos efeitos. Esses achados justificam a incorporação rotineira da remediação cognitiva nos pontos comunitários da rede, com avaliação contínua de efetividade (Cao; Zhou, 2024; Lima; Alves; Furegato, 2022).

No eixo epidemiológico, revisões e metanálises descrevem padrões globais de incidência e variações contextuais relacionadas a fatores demográficos, ambientais e de acesso aos serviços. Esse panorama sustenta o planejamento territorial, a distribuição de equipes e o dimensionamento de leitos e dispositivos comunitários. Sem essa base, correm-se riscos de suboferta assistencial e de sobrecarga crônica dos serviços (Solmi et al., 2023).

A polifarmácia é frequente, sobretudo em quadros refratários e comorbidades clínicas, demandando protocolos de revisão terapêutica e estratégias de desprescrição segura. Auditorias clínicas, conferências multiprofissionais e listas de verificação apoiam decisões compartilhadas e reduzem a exposição desnecessária. A participação ativa da pessoa usuária é indispensável para pactuar prioridades e limites do tratamento (Baandrup, 2020).

Recomenda-se institucionalizar estratégias em nível de serviço para gestão da polifarmácia, combinando indicadores, rounds clínicos e educação permanente das equipes. Essa governança reduz eventos adversos, qualifica registros e favorece o uso racional de antipsicóticos. O enfoque sistêmico evita que a revisão medicamentosa dependa apenas de iniciativas individuais (Akinola; Tardif; Leclerc, 2023).

O manejo de efeitos adversos — metabólicos, cardiovasculares e neurológicos — constitui eixo de segurança e continuidade. Protocolos devem prever rastreamento periódico, educação em sinais-alerta, ajustes posológicos, trocas farmacológicas e intervenções de estilo de vida. A atuação da Enfermagem é decisiva para identificar precocemente riscos e orientar condutas de autocuidado (Carli et al., 2021).

O risco cardiovascular associado a alguns antipsicóticos exige coordenação ativa com a Atenção Primária, com metas de pressão arterial, glicemia, perfil lipídico e peso. Intervenções precoces, combinadas com aconselhamento e atividade física, mitigam morbidade e mortalidade, preservando funcionalidade e qualidade de vida. A integração de protocolos evita lacunas típicas de assistência fragmentada (Pscheidt et al., 2022).

A compreensão contemporânea articula critérios diagnósticos, evidências clínicas e direitos, reafirmando que rótulos sindrômicos não esgotam a experiência vivida. A organização do cuidado deve perseguir autonomia, cidadania e inclusão, pilares do paradigma

psicossocial e do modelo territorial brasileiro. Essa diretriz sustenta a priorização de metas de vida significativas no plano terapêutico (Costa; Lotta, 2021).

A adesão medicamentosa melhora com estratégias combinadas que incluem psicoeducação, lembretes, pactuação de metas, manejo proativo de efeitos adversos e vínculo longitudinal. Consultas de Enfermagem e visitas domiciliares favorecem resolução de barreiras práticas, ampliam confiança e antecipam sinais de recaída. A participação de familiares e cuidadores aumenta sustentabilidade das rotinas (Wang et al., 2021).

Planos liderados pela Enfermagem integram rastreio de eventos adversos, educação em sinais-alerta, higiene do sono, alimentação e atividade física, compondo um “bundle” de segurança. Essa abordagem reduz internações, qualifica transições de cuidado e fortalece a continuidade terapêutica no território. O registro sistemático permite aprendizado organizacional (Carli et al., 2021; Lima; Alves; Furegato, 2022).

Experiências nacionais indicam a viabilidade de bundles padronizados para segurança do paciente psiquiátrico em internação, com fluxos, responsabilidades e comunicação definidos. A padronização facilita capacitação de equipes, auditorias e mensuração de resultados. A alta planejada conecta hospital e serviços comunitários, evitando reinternações evitáveis (Oliveira et al., 2025).

Oficinas terapêuticas estruturadas por intencionalidade pedagógica e mediação de enfermeiros favorecem expressão, vínculo e aprendizagem social. A avaliação centrada no usuário revela ganhos de autoeficácia e sentido de projeto de vida, contribuindo para objetivos de autocuidado que ultrapassam a adesão farmacológica. A documentação facilita continuidade (Oliveira; Peres, 2021).

Atividades coletivas e de ressocialização em CAPS ampliam participação social, desenvolvem autonomia prática e reconstruem laços comunitários. Esses efeitos sustentam metas funcionais ligadas a estudo, trabalho e convivência, reforçando o horizonte de vida independente. A Enfermagem atua como articuladora entre grupos e necessidades individuais (Pini et al., 2024).

Intervenções de apoio por pares agregam esperança, reduzem isolamento e melhoram engajamento, traduzindo o saber da experiência em estratégias culturalmente sintonizadas com o território. A presença de pares qualificados reforça aderência a rotinas e metas de saúde, com impacto positivo em indicadores de processo e resultado (Sevelius et al., 2024).

O autoestigma opera como barreira interna ao autocuidado e à participação social; a identificação de perfis distintos requer respostas clínicas e comunitárias combinadas. Grupos psicoeducativos, narrativas de recuperação e tecnologias relacionais ajudam a reconfigurar

expectativas e apoiar decisões cotidianas (Caqueo-Urízar et al., 2025).

A necessidade de cuidador varia conforme gravidade, curso e suporte disponível, exigindo avaliação da sobrecarga e das competências familiares. A Enfermagem deve desenhar planos realistas que protejam a saúde do cuidador, distribuam tarefas eacionem recursos comunitários, evitando dependência não planejada (Vera et al., 2023).

O acompanhamento do autocuidado requer indicadores de processo e de resultado: comparecimento, manejo de medicação, rotina de sono, participação em atividades e metas de vida. Esses marcadores alimentam ciclos de melhoria contínua articulados ao Projeto Terapêutico Singular, garantindo responsividade e transparência (Lima; Alves; Furegato, 2022).

2.2 PANORAMA HISTÓRICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

A trajetória do cuidado em saúde mental deslocou-se gradualmente do modelo asilar de longa permanência para abordagens comunitárias e psicossociais, acompanhando transformações científicas, normativas e sociopolíticas que recolocaram autonomia, direitos e inclusão social como eixos centrais do tratamento; no Brasil, esse movimento culminou na institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, que reposiciona o território como locus do cuidado e opera por projetos terapêuticos singulares orientados à vida cotidiana do usuário e de sua família (Costa; Lotta, 2021).

A padronização de práticas clínicas e a vigilância de desfechos funcionais favoreceram o planejamento do cuidado por etapas e a integração entre intervenções farmacológicas e psicossociais; evidências recentes sobre incidência, prevalência e carga global da esquizofrenia reforçam a necessidade de arranjos assistenciais que combinem manejo sintomático, educação em saúde e reabilitação psicossocial nos diferentes pontos da rede (Solmi et al., 2023).

Nesse cenário, a enfermagem demandou referenciais operacionais capazes de traduzir necessidades complexas em planos exequíveis e verificáveis; propostas contemporâneas de indicadores para a rede brasileira vêm orientando avaliações longitudinais, definição de metas e checagens periódicas, com foco em segurança, adesão terapêutica e autonomia nas atividades de vida diária (Lima; Alves; Furegato, 2022).

A aderência desses referenciais ao campo da saúde mental decorre de sua potência

para alinhar avaliação, prescrição e ensino de habilidades às rotinas reais do usuário, sobretudo em requisitos como manejo de medicação, organização do sono, alimentação, segurança e participação social; ao explicitar a proporcionalidade entre necessidade e apoio, tais diretrizes favorecem a coordenação entre Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial e serviços especializados, mitigando hiatos assistenciais e qualificando estratégias psicoeducativas no território (Oliveira; Peres, 2021).

Quadro 1 – Panorama epidemiológico e diferenças por sexo na esquizofrenia

Indicador	Estimativa-síntese	Observações clínicas e em serviço	Principal referência
Prevalênciacao longo da vida	Aproximadamente 0,7a1,0%	Variações metodológicas e contextuais; alta contribuição para anos vividos com incapacidade	Solmi <i>et al.</i> , 2023
Incidênciace curso	Início típico na juventude	Repercussões funcionais precoces e necessidade de coordenação longitudinal	Solmi <i>et al.</i> , 2023
Diferenças por sexo	Maior risco em homens	Razão homem:mulher ≈ 1,3a1,4; início mais precoce no masculino	Solmi <i>et al.</i> , 2023
Implicações para o cuidado	Vigilância por ciclo de vida	Estratégias diferenciadas de autocuidado e psicoeducação para homens e mulheres	Lima; Alves; Furegato, 2022

Fonte geral: Solmi *et al.* (2023); Lima, Alves e Furegato (2022).

A síntese epidemiológica evidencia que a esquizofrenia combina baixa prevalência populacional com alto impacto funcional, o que explica sua presença constante nas estimativas globais de carga de doença e reforça a necessidade de métricas que ultrapassem a remissão de sintomas para alcançar indicadores de vida diária e participação social; em saúde pública, isso implica organizar redes capazes de responder a necessidades clínicas e psicosociais de longo curso (Solmi *et al.*, 2023).

As diferenças por sexo descritas em estudos recentes apontam risco superior e início mais precoce em homens, enquanto mulheres tendem, em alguns contextos, a trajetória ligeiramente mais tardia e com melhor desempenho funcional após o primeiro episódio; tais achados demandam vigilância diferenciada por ciclo de vida e desenho de intervenções sensíveis a papéis sociais e barreiras de acesso (Lima; Alves; Furegato, 2022).

A integração entre epidemiologia e processo de cuidado sugere que a coordenação longitudinal e o apoio-educação são decisivos para transformar conhecimento clínico em rotinas factíveis; para a enfermagem, isso significa escrever planos com metas mensuráveis e linguagem simples, pactuando responsabilidades com usuário, família e equipe, de modo a sustentar a prática no domicílio nos dispositivos comunitários (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). O referencial operatório de autocuidado pode ser traduzido em decisões clínicas concretas: quando o déficit é de execução, priorizam-se sistemas compensatórios e treino procedural; quando é de conhecimento, intensifica-se a educação em saúde; quando é motivacional, combinam-se estratégias de engajamento e apoio entre pares sempre com proporcionalidade entre necessidade e tipo de apoio (Oliveira; Peres, 2021).

Ao longo do tempo, a reforma psiquiátrica brasileira consolidou instrumentos territoriais que dialogam com tais referenciais e com os dados de prevalência e curso, como os CAPS e as articulações com a Atenção Primária, possibilitando respostas tempestivas a pródromos, manejo de comorbidades e proteção de rotinas de autocuidado (Costa; Lotta, 2021).

A padronização diagnóstica e o seguimento estruturado ganham efetividade quando vinculados a metas funcionais objetivas regularidade do uso de medicação, horas de sono, preparo de refeições e participação em grupos acompanhadas por monitorização de riscos clínicos associados ao tratamento (Pscheidt *et al.*, 2022).

As diferenças por sexo também orientam conteúdos psicoeducativos: onde há maior risco e início precoce em homens, estratégias de engajamento precoce e suporte vocacional podem reduzir rupturas escolares e laborais; em mulheres, atenção a períodos de maior vulnerabilidade, como o puerperal, auxilia a prevenir recaídas e perdas funcionais, sempre com decisões compartilhadas (Solmi *et al.*, 2023).

A história do campo mostra que avanços classificatórios precisam ser acompanhados de mudanças organizacionais e de práticas centradas na pessoa; nessa convergência, planos de cuidado orientados por déficits concretos, intensidade adequada de apoio e sentido para a vida no território permanecem atuais na rotina dos serviços (Pini *et al.*, 2024).

A incorporação de resultados sensíveis à vida diária amplia o escopo de avaliação e qualifica a gestão do cuidado; ao acompanhar simultaneamente indicadores clínicos e funcionais, a equipe reduz o tempo entre sinais de piora e decisão terapêutica, protege a adesão e evita internações desnecessárias, em alinhamento com diretrizes de cuidado continuado (Lima; Alves; Furegato, 2022).

O panorama histórico, a epidemiologia por sexo e os referenciais de autocuidado compõem um eixo que orienta a prática de enfermagem na RAPS: o passado institucional explica as apostas atuais no território, os números guiam prioridades e vigilância, e o método operacionaliza o equilíbrio entre necessidade, capacidade e apoio (Pini *et al.*, 2024).

Em termos de magnitude, a esquizofrenia apresenta risco vitalício mediano ao redor de 0,7a1,0% e incidência mediana aproximada de 15 casos por 100.000 pessoas-anو; a prevalência pontual global, ajustada por idade, situa-se em torno de 0,28a0,29%, com crescimento absoluto de casos nas últimas décadas apesar de estabilidade nas taxas padronizadas informações que sustentam vigilância por ciclo de vida, metas funcionais e coordenação longitudinal do cuidado (Solmi *et al.*, 2023).

Quadro 2. Indicadores epidemiológicos da esquizofrenia e implicações para o plano de Enfermagem na RAPS

Indicador	Estimativa atual	Observações/Implicações	Fonte
Risco vitalício (lifetime morbid risk)	≈0,7a1,0%	Dimensionar cobertura e vigilância contínua em CAPS/APS; metas além de sintomas	Solmi et al., 2023
Incidência	Mediana ≈15 por 100.000 pessoas-anо (variação entre contextos)	Rotas para primeiro episódio, detecção de pródromos e resposta rápida no território	Solmi et al., 2023
Prevalência pontual (idade-padronizada)	≈0,28a0,29% mundial; ~24 milhões de casos em 2019	Seguimento longitudinal; indicadores de vida diária e participação social	Solmi et al., 2023
Diferenças por sexo	Risco maior em homens; razão M:F ≈1,3a1,4; início mais precoce no masculino	Psicoeducação por ciclo de vida; suporte escolar/laboral no masculino	Solmi et al., 2023
Carga (YLDs)	Elevada contribuição para YLDs; aumento absoluto desde 1990	Incluir metas funcionais (medicação, sono, alimentação, participação social)	Solmi et al., 2023

Fonte geral: Compilada da autora (2025) Inspiradoem: Solmi et al. (2023); Lima, Alves e Furegato (2022).

Essas estimativas consolidam a ponte entre a análise histórica e a prática atual: ao mesmo tempo em que justificam a centralidade do território e do projeto terapêutico singular, informam prioridades mensuráveis para os itens 2.2 e 2.3; na linguagem do processo de Enfermagem, transformam-se em metas de autocuidado (regularidade de medicação, horas de sono, metas nutricionais e de atividade física), em vigilância diferenciada por sexo e idade de início e em protocolos de coordenação CAPS/APS para primeiro episódio e prevenção de recaídas, sempre calibrados pelo princípio de proporcionalidade (Solmi *et al.*, 2023).

Após a consolidação dos indicadores, o plano de Enfermagem deve traduzi-los em metas funcionais mensuráveis, com periodicidade de monitoramento e responsáveis definidos; a prevalência pontual e a alta carga de YLDs justificam incluir, na avaliação de resultados, indicadores de vida diária como regularidade de medicação, horas de sono, preparo de refeições e participação em grupos comunitários, deslocando o foco exclusivo da sintomatologia para conquistas objetivas no cotidiano (Lima; Alves; Furegato, 2022).

Diante da maior razão de risco em homens e do início mais precoce, recomenda-se vigilância por ciclo de vida e estratégias de engajamento escolar e laboral desde o primeiro contato; na prática, isso envolve psicoeducação com linguagem simples, metas graduais e material visual, além de rotas de resposta rápida para pródromos articulando CAPS e Atenção Primária; para mulheres, atenção a janelas de vulnerabilidade, como o puerpério, pode prevenir recaídas e perdas funcionais, com decisões compartilhadas e suporte social (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A incidência e o risco vitalício sustentam a necessidade de linhas de cuidado para primeiro episódio e de planos únicos intersetoriais, reduzindo vazios assistenciais; a Enfermagem deve liderar fluxos de referência e contrarreferência e instituir *bundles* de segurança que padronizem avaliação de risco, comunicação entre equipes e educação pré-alta, diminuindo atrasos decisórios e favorecendo a continuidade do cuidado no território (Oliveira *et al.*, 2025).

Quanto à adesão terapêutica, evidências indicam que regimes simplificados, decisão compartilhada e, quando indicado, estratégias farmacológicas adequadas reduzem recaídas e uso não planejado de serviços; cabe à Enfermagem combinar revisão posológica com tecnologias simples de lembrança e manejo proativo de efeitos adversos, enquanto o risco metabólico associado a antipsicóticos requer protocolo de monitorização integrado à Atenção Primária, com metas claras e feedback periódico ao usuário (Wang *et al.*, 2021).

A elevada carga funcional observada nas estimativas globais reforça a importância de dispositivos psicossociais, como oficinas terapêuticas e apoio entre pares; tais estratégias convertem recomendações em treino situado de habilidades de vida diária, favorecendo generalização para o domicílio e maior autonomia percebida; a avaliação contínua deve combinar medidas clínicas e de qualidade de vida, ajustando o nível de apoio conforme a evolução até a redução progressiva quando houver estabilidade sustentada (Oliveira; Peres, 2021).

A reforma psiquiátrica brasileira consolidou a transição do modelo asilar para o cuidado em liberdade, ancorado em dispositivos comunitários, direitos e participação social. Esse arranjo desloca o foco para o território, a corresponsabilização e a construção de vínculos duradouros entre equipes, usuários e redes de apoio. O objetivo é sustentar projetos de vida e autonomia (Costa; Lotta, 2021).

A Lei 10.216/2001 redirecionou o modelo assistencial, afirmando proteção de direitos, regulando internações e priorizando serviços comunitários. Essa base legal exige arranjos organizacionais capazes de garantir acesso, continuidade e integralidade na Rede de Atenção Psicossocial, com integração de informações e protocolos de crise (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Avaliações da RAPS mostram que resultados dependem da qualidade da articulação entre pontos de atenção, suficiência de equipes e institucionalização de fluxos. O prontuário integrado, a comunicação intersetorial e o planejamento de altas figuram como elementos críticos de desempenho, especialmente em territórios complexos (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

No plano clínico, o equilíbrio entre benefícios e riscos dos antipsicóticos requer governança terapêutica com monitoramento de eventos adversos e prevenção cardiovascular. Sem esse cuidado, aumentam desigualdades em saúde e caem chances de autonomia e inclusão, contrariando o espírito do marco legal (Pscheidt et al., 2022).

A inserção rotineira de remediação cognitiva e outras tecnologias psicossociais alinha a rede às melhores evidências de recuperação e vida independente. A articulação com educação, trabalho e assistência social potencializa a transferência para contextos reais e reduz dependência institucional (Lejeune; Northrop; Kurtz, 2021; Cao; Zhou, 2024).

O enfrentamento da polifarmácia como problema de sistema demanda auditoria, revisão periódica, indicadores e educação permanente, com metas explícitas de redução quando apropriado. Essa agenda deve ser transversal e apoiada pela gestão, evitando soluções fragmentadas e episódicas (Akinola; Tardif; Leclerc, 2023; Baandrup, 2020).

A adesão terapêutica beneficia-se de protocolos estruturados liderados pela Enfermagem, que combinam psicoeducação, lembretes, vínculo longitudinal e manejo proativo de efeitos adversos. A coordenação entre domicílio, CAPS e Atenção Primária diminui lacunas e fortalece continuidade (Wang et al., 2021).

Grupos, oficinas e ressocialização precisam compor a carteira de serviços do território, com efeitos em participação social, autoeficácia e qualidade de vida. Tais práticas sintonizam a rede com o paradigma psicossocial e com a finalidade legal de promover cuidado em liberdade e inclusão (Oliveira; Peres, 2021; Pini et al., 2024).

A institucionalização de bundles de segurança em internações fortalece o hospital como ponto de estabilização e passagem, com transições de alta estruturadas e comunicação efetiva com serviços comunitários. A redução de reinternações evitáveis indica maturidade organizacional e coordenação ampliada (Oliveira et al., 2025).

Em síntese, a governança da RAPS deve combinar marco legal, avaliação organizacional e incorporação de evidências clínicas e psicossociais. Com isso, cada pessoa com esquizofrenia acessa tecnologias proporcionais às suas necessidades e metas, com indicadores monitorados e participação ativa de usuários e cuidadores em todas as etapas (Lima; Alves; Furegato, 2022; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

2.3 ESTRATÉGIAS DE APOIO-EDUCAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A educação em saúde centrada no cotidiano transforma recomendações clínicas em passos exequíveis, com linguagem simples, exemplos práticos e metas graduais; programas psicoeducativos que unem informação, treino de habilidades e solução de problemas elevam autogestão e procura oportuna por ajuda, enquanto o reforço espaçado mantém o aprendizado e previne recaídas funcionais entre consultas (Oliveira; Peres, 2021).

A adesão medicamentosa melhora quando há decisão compartilhada e revisão ativa de efeitos adversos, com foco em tolerabilidade e simplificação posológica; organizadores semanais, alarmes e cartões de horário funcionam como próteses cognitivas que reduzem esquecimentos, e o monitoramento precoce de eventos adversos evita abandono do tratamento (Wang et al., 2021).

A coordenação entre Atenção Primária, CAPS e serviços especializados previne vazios assistenciais que desestruturam rotinas e dificultam o seguimento; um plano único, com metas, prazos e responsáveis pactuados, reduz mensagens contraditórias, e fluxos ágeis

de referência e contrarreferência sustentam a continuidade terapêutica no território (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A higiene do sono deve ser convertida em rotinas noturnas previsíveis, com controle de estímulos e horários estáveis; sequências simples de preparação para dormir facilitam a execução diária, e o reconhecimento precoce de sinais de alerta acelera ajustes terapêuticos e protege a adesão (Lima; Alves; Furegato, 2022).

Alimentação e risco metabólico pedem metas objetivas de compra e preparo, com monitorização regular de peso e circunferência abdominal; integrar nutrição, enfermagem e psiquiatria ajuda a contornar barreiras de custo e acesso, e exames periódicos guiam ajustes do plano de cuidado (Pscheidt *et al.*, 2022).

A atividade física exige prescrição comportamental específica tipo, dias, horários, locais e progressão realista; atividades em grupo e apoio entre pares elevam engajamento e prazer na prática, e incrementos modestos de passos ou minutos semanais já geram ganhos clínicos (Sevelius *et al.*, 2024).

Quando esquecimentos são recorrentes, antipsicóticos injetáveis de longa duração podem reduzir falhas não intencionais; a indicação requer avaliação clínica, consentimento informado e integração com intervenções psicossociais, com seguimento mais próximo nos primeiros meses para segurança (Baandrup, 2020).

A polifarmácia aumenta carga de tarefa e risco de erro, pedindo depuração criteriosa dos esquemas; consolidar horários e retirar sobreposições aproxima a demanda terapêutica da capacidade executiva do usuário, e revisões periódicas mantêm o regime enxuto e tolerável (Carli *et al.*, 2021).

Déficits cognitivos requerem estratégias compensatórias ambientais e treino orientado a metas funcionais; *checklists*, instruções passo a passo e rotas fixas para deslocamentos facilitam a generalização, enquanto metas concretas como preparar uma refeição completa promovem autonomia com reforço imediato em sessão (Lejeune; Northrop; Kurtz, 2021).

Autoestigma e crenças de incapacidade reduzem motivação e participação em atividades públicas de cuidado; intervenções de reestruturação de crenças, contato entre pares e comunicação não estigmatizante melhoram engajamento, e oficinas terapêuticas traduzem recomendações em experiências concretas, com inclusão de família e descanso do cuidador para proteger a estabilidade domiciliar (Caqueo-Urízar *et al.*, 2025).

2.4 APLICABILIDADE DA TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO NA RAPS E IMPLICAÇÕES PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Teoria do Déficit de Autocuidado articula necessidade, capacidade e apoio proporcional, oferecendo um fio condutor para o raciocínio clínico desde a admissão até o seguimento. Na RAPS, esse referencial qualifica a tomada de decisão ao transformar demandas complexas em objetivos operacionais que fazem sentido no território, preservando foco em autonomia, adesão e segurança. O plano nasce da análise das tarefas de vida diária, da tolerabilidade aos tratamentos e das redes de suporte, convertendo tudo isso em metas mensuráveis, com periodicidade e responsáveis definidos (Lima; Alves; Furegato, 2022).

A coleta de dados privilegia requisitos universais e condicionantes contextuais, como rotinas domiciliares, literacia em saúde e barreiras de acesso, garantindo viabilidade ao que é prescrito. Registros claros e padronizados viabilizam continuidade entre APS, CAPS e referências especializadas, evitando mensagens contraditórias e perdas de seguimento. Quando pactuados com usuário e família, esses registros funcionam como contrato terapêutico e norteiam ajustes tempestivos do cuidado (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A etapa diagnóstica ganha precisão ao distinguir déficits de execução, de conhecimento e de motivação/autoeficácia, porque cada classe demanda tecnologias específicas. Treino procedural, educação em saúde e estratégias motivacionais são selecionados segundo recursos disponíveis e prioridades pactuadas, sempre em linguagem simples e operacional. A leitura dos determinantes sociais impede metas irreais e orienta a adaptação do plano às condições concretas de vida (Costa; Lotta, 2021).

A implementação traduz recomendações em sequências práticas com prática distribuída, repetição espaçada e tarefas domiciliares, favorecendo generalização para o cotidiano. O registro contínuo do progresso permite reforçar o que funciona e redesenhar o que emperra, com foco em metas funcionais como manejo de medicação, preparo de refeições e organização do sono. Ensinos breves, com *feedback* imediato e objetivos graduais, sustentam ganhos cumulativos ao longo das semanas (Lejeune *et al.*, 2021).

A adesão medicamentosa é tratada como problema clínico-comportamental: decisão compartilhada, simplificação posológica e manejo proativo de efeitos adversos reduzem recaídas e abandono. Ferramentas simples organizadores semanais, alarmes e cartões de horário atuam como próteses cognitivas para mitigar esquecimentos. Revisões periódicas explicitam benefícios e riscos em linguagem acessível, preservando autonomia e motivação

do usuário (Wang *et al.*, 2021).

Nutrição e risco metabólico entram no plano como tarefas explícitas, com metas de compra e preparo compatíveis com recursos locais e monitorização de peso, circunferência abdominal e exames laboratoriais. A integração entre Enfermagem, Nutrição e APS encurta o caminho entre o aconselhamento e a prática, reduzindo perdas de seguimento. Protocolos claros e *feedback* regular ajudam a prevenir eventos cardiometabólicos associados ao tratamento (Pscheidt *et al.*, 2022).

A revisão de polifarmácia diminui carga de tarefa e risco de erro, aproximando a demanda terapêutica do limiar executável do usuário. Consolidar horários, retirar sobreposições e priorizar esquemas mais toleráveis simplifica a rotina e melhora a segurança. Quando esquecimentos persistem apesar do suporte, a indicação criteriosa de formulações de longa duração pode ser discutida no contexto do projeto terapêutico singular (Baandrup, 2020).

O componente subjetivo do autocuidado é trabalhado de modo contínuo com reestruturação de crenças, apoio entre pares e comunicação não estigmatizante, pois autoestigma corrói engajamento e participação social. Oficinas terapêuticas transformam recomendações em treino situado de habilidades de vida diária, com metas claras, encadeamento de tarefas e reforço imediato. Acompanhamento funcional orienta a redução progressiva de apoios quando há estabilidade sustentada (Pini *et al.*, 2024).

2.5 DÉFICITS DE AUTOCUIDADO PREVALENTES EM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia cursa com prejuízos cognitivos e funcionais que desorganizam o cotidiano, reduzindo a capacidade de planejar, iniciar e sustentar rotinas básicas de autocuidado, como tomar medicação, alimentar-se adequadamente e manter higiene do sono. Alterações executivas e atencionais dificultam a gestão de múltiplas tarefas e a tomada de decisão sob estresse, com impacto direto sobre autonomia e qualidade de vida. Em consequência, atividades simples passam a requerer supervisão ou apoios estruturados, exigindo intervenções práticas no dia a dia do usuário e de sua rede. Essa realidade sustenta a priorização de metas funcionais junto ao manejo sintomático (Lejeune; Northrop; Kurtz, 2021).

Entre os déficits mais frequentes, a não adesão medicamentosa ocupa lugar central, alimentada por baixa compreensão da necessidade do tratamento, efeitos adversos e crenças negativas sobre psicofármacos. A descontinuidade eleva o risco de recaídas e reinternações,

desorganizando rotinas domésticas e sociais e fragilizando vínculos com os serviços. Estratégias que simplificam o regime, incorporam lembretes estruturados e trabalham decisão compartilhada aumentam a persistência terapêutica. O monitoramento regular e a adaptação do plano às barreiras individuais são determinantes para a continuidade (Wang *et al.*, 2021).

Os sintomas negativos apatia, anedonia e diminuição da iniciativa limitam o engajamento em cuidados básicos, como preparo de refeições, higiene corporal e organização do ambiente doméstico. Tais manifestações, somadas à lentificação cognitiva, dificultam o início e a conclusão de tarefas, gerando abandono de rotinas essenciais. A sobrecarga cotidiana amplia o isolamento e retroalimenta a inatividade, exigindo abordagens psicoeducativas com metas graduais, reforço positivo e suporte prático. Grupos e oficinas que treinam habilidades do viver cotidiano têm mostrado benefícios consistentes (Oliveira; Peres, 2021).

O reconhecimento precoce de sinais de recaída tende a ser limitado, retardando a procura por ajuda e os ajustes terapêuticos necessários. Programas que treinam usuários e familiares para identificar pródromos e acionar fluxos de resposta rápida contribuem para evitar descompensações graves no território. Planos individualizados, com listas simples de sinais de alerta e contatos de referência, facilitam a execução e reduzem tempos de resposta. A revisão periódica desses planos mantém a eficácia ao longo do seguimento (Pini *et al.*, 2024).

A gestão do sono costuma estar prejudicada por irregularidade de horários, estímulos noturnos e sedentarismo diurno, fatores que agravam sintomas e reduzem energia para o autocuidado. A higiene do sono deve ser ensinada com linguagem simples e passos práticos, prevendo rotinas noturnas repetíveis e controle de estímulos ambientais. Ao normalizar o ritmo vigília-sono, observam-se ganhos de atenção, humor e participação em atividades diárias, com reflexos positivos na adesão às demais condutas. A pactuação com a família favorece a manutenção (Oliveira; Peres, 2021).

A alimentação frequentemente se mostra desorganizada, com escolhas calóricas e baixo consumo de frutas, verduras e fibras, o que, somado a certos antipsicóticos, eleva o risco cardiometabólico. O acompanhamento sistemático de peso, circunferência abdominal e exames glicídico-lipídicos integra o autocuidado essencial e precisa ser traduzido em metas de compra e preparo compatíveis com o contexto. A integração entre Enfermagem, Nutrição e APS encurta o caminho entre o aconselhamento e a prática cotidiana, prevenindo perdas de seguimento (Pscheidt *et al.*, 2022).

A atividade física, embora protetora para sintomas negativos e risco metabólico, costuma ser irregular por falta de motivação, planejamento e companhia para o exercício. A prescrição deve ser específica e progressiva, com definição de dias, horários, locais e metas realistas monitoradas de modo simples. A vinculação a grupos comunitários e a dispositivos do CAPS favorece a adesão pelo apoio entre pares e pelo prazer associado à prática. Incrementos modestos em passos ou minutos semanais já produzem efeitos clínicos relevantes (Pini *et al.*, 2024).

Os efeitos adversos dos antipsicóticos como sedação, ganho ponderal e sintomas anticolinérgicos repercutem diretamente sobre a execução de rotinas e a motivação para mantê-las. A revisão periódica da prescrição e o manejo proativo de eventos adversos, privilegiando tolerabilidade e simplificação posológica, são centrais para proteger a continuidade. Sempre que possível, regimes previsíveis e enxutos facilitam a execução diária e reduzem erros na administração (Baandrup, 2020).

A polifarmácia e esquemas complexos ampliam a chance de erros, esquecimentos e desistências, sobretudo em contextos de baixa literacia em saúde. Consolidar horários, revisar a real necessidade de cada fármaco e eliminar sobreposições diminui carga e risco. Organizadores de comprimidos, lembretes visuais ou digitais e cartões de horário funcionam como suportes cognitivos efetivos no cotidiano. Reavaliações regulares mantêm o regime dentro do limiar executável do usuário (Akinola; Tardif; Leclerc, 2023).

Quando esquecimentos persistem apesar de suportes ambientais, antipsicóticos injetáveis de longa duração podem reduzir falhas não intencionais e simplificar o dia a dia. A indicação deve ser feita com avaliação clínica cuidadosa, consentimento informado e integração a intervenções psicossociais para ganhos sustentáveis. O seguimento próximo nos primeiros meses é essencial para segurança, adesão e satisfação com a estratégia adotada (Baandrup, 2020).

Déficits neurocognitivos memória de trabalho, flexibilidade e velocidade de processamento associam-se a pior desempenho em tarefas instrumentais de vida diária, como manejo de dinheiro, transporte e preparo de refeições. Treinos de remediação cognitiva aliados a estratégias compensatórias ambientais *checklists*, rotas fixas e instruções passo a passo favorecem a generalização para o cotidiano. A combinação com metas funcionais concretas potencializa o impacto sobre o autocuidado e a participação social (Cao; Zhou, 2024).

O autoestigma e o estigma social minam a motivação para participar de consultas, grupos e exercícios, reduzindo a busca ativa por recursos e a persistência nas rotinas.

Intervenções que combinam reestruturação de crenças, contato positivo entre pares e comunicação não estigmatizante reduzem barreiras subjetivas e melhoram o engajamento. A inclusão da família e espaços de descanso do cuidador protege a estabilidade domiciliar e sustenta o plano no tempo (Caqueo-Urízar *et al.*, 2025).

A coordenação com a Rede de Atenção Psicossocial é decisiva para evitar lacunas que desorganizam o cuidado e ampliam vulnerabilidades no domicílio. Fluxos claros entre APS, CAPS e serviços especializados facilitam acesso a insumos, grupos e terapias, apoiando o usuário na execução diária do plano. Avaliações regulares da estrutura e dos processos ajudam a identificar gargalos e orientar correções rápidas, mantendo a continuidade terapêutica (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

As oficinas terapêuticas e atividades coletivas de ressocialização oferecem ambiente protegido para treinar habilidades práticas cozinar, organizar o tempo, cuidar do espaço e fortalecer vínculos de apoio. Esses dispositivos convertem recomendações em experiências concretas transferíveis para o lar, elevando autonomia percebida e engajamento com outras dimensões do cuidado. A participação consistente associa-se a melhor adesão e qualidade de vida (Pini *et al.*, 2024).

Comorbidades clínicas, especialmente cardiovasculares e metabólicas, são frequentes e requerem rotinas de autocontrole como aferição de pressão, monitorização de glicemia e cuidados odontológicos. Protocolos simples, metas mensais visíveis e *feedback* rápido aumentam a adesão a exames e consultas e integram orientações médicas e de enfermagem em um roteiro único. A abordagem coordenada diminui mensagens contraditórias e melhora resultados funcionais e clínicos (Pscheidt *et al.*, 2022).

O plano de autocuidado precisa incluir a rede de apoio, distribuir responsabilidades e criar rotinas previsíveis para reduzir conflitos e abandonos. Abordagens que valorizam autonomia progressiva, com metas realistas, reforços periódicos e acompanhamento próximo, são as que sustentam ganhos no longo prazo. A leitura contínua de contexto, preferências e prioridades do usuário mantém o cuidado centrado na pessoa e alinhado à sua vida cotidiana (Vera *et al.*, 2023).

2.6 ESTRATÉGIAS DE APOIO-EDUCAÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO PARA FORTALECER AUTONOMIA E ADESÃO TERAPÊUTICA

A educação em saúde centrada na vida cotidiana transforma recomendações clínicas em rotinas possíveis quando é traduzida em passos curtos, linguagem simples e materiais visuais reutilizáveis pela família; programas que combinam informação, treino de

habilidades e resolução de problemas aumentam autogestão e uso oportuno dos serviços, desde que ajustados à literacia em saúde e reforçados de forma espaçada com metas mensais verificáveis (Oliveira; Peres, 2021).

Na adesão medicamentosa, a decisão compartilhada, a revisão sistemática de efeitos adversos e a simplificação posológica reduzem abandono e melhoram satisfação; complementarmente, lembretes estruturados e organizadores semanais funcionam como próteses cognitivas para mitigar esquecimentos e sustentar a continuidade do tratamento no domicílio (Wang *et al.*, 2021).

A coordenação do cuidado requer fluxos claros entre Atenção Primária, CAPS e serviços especializados, com referência e contrarreferência que evitem vazios assistenciais e mensagens contraditórias; planos únicos compartilhados entre equipes facilitam o seguimento de metas de saúde física e mental e a pactuação de responsabilidades a longo prazo (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Intervenções de higiene do sono são mais efetivas quando viram rotinas noturnas previsíveis, controle de estímulos, horários estáveis e sequências simples de preparação acompanhadas de treinamento para reconhecer sinais de alerta e acionar rapidamente o plano de contingência, o que repercute positivamente em energia, atenção e engajamento com outras condutas (Lima; Alves; Furegato, 2022).

Para alimentação e risco metabólico, combinar educação nutricional breve com metas objetivas de compra e preparo, além de monitorar peso, circunferência abdominal e exames laboratoriais, proteger a adesão e saúde; consultas integradas entre psiquiatria, enfermagem e nutrição ajudam a superar barreiras práticas de custo e acesso a alimentos in natura (Pscheidt *et al.*, 2022).

A atividade física deve ser prescrita como tratamento comportamental com progressão definida, escolha de locais seguros e preferência por atividades em grupo; mesmo incrementos modestos de passos ou minutos semanais são clinicamente significativos e podem ser sustentados com apoio entre pares e vinculação a dispositivos comunitários do CAPS (Pini *et al.*, 2024).

Quando esquecimentos são frequentes apesar de suportes ambientais, antipsicóticos injetáveis de longa duração podem reduzir falhas não intencionais e simplificar a rotina familiar; a indicação deve considerar contexto, tolerabilidade e acesso, sempre integrada a intervenções psicossociais e com seguimento ativo nos primeiros meses (Baandrup, 2020).

A polifarmácia exige depuração criteriosa com retirada de sobreposições e alinhamento de horários às rotinas diárias; tecnologias simples cartões de horário, caixas

organizadoras e alarmes reduzem erros de administração, enquanto reavaliações periódicas renegociam o plano conforme barreiras e preferências do usuário (Akinola; Tardif; Leclerc, 2023).

Déficits cognitivos pedem estratégias compensatórias no ambiente *checklists*, instruções passo a passo e rotas fixas combinadas a treino cognitivo orientado a metas funcionais, como preparar uma refeição completa ou organizar a semana de medicação, favorecendo a generalização para a vida real no território (Cao; Zhou, 2024).

O enfrentamento do autoestigma envolve reestruturação de crenças, contato social positivo e grupos de pares, elevando motivação para consultas e atividades comunitárias; materiais educativos e comunicação não estigmatizantes nos serviços são componentes clínicos e éticos indispensáveis para adesão sustentada (Caqueo-Urízar *et al.*, 2025).

Oficinas terapêuticas e atividades coletivas de ressocialização traduzem recomendações em experiências práticas cozinar, cuidar do espaço, organizar a semana e fortalecem vínculos de apoio; participação contínua associa-se a ganhos em autonomia percebida, qualidade de vida e previsibilidade do autocuidado (Pini *et al.*, 2024).

Para segurança clínica, *bundles* de boas práticas em internação psiquiátrica padronizam avaliação de risco, comunicação em equipe e orientação pré-alta, reduzindo variabilidade assistencial e criando “gatilhos” para intervenção precoce; treinamento e supervisão sustentam a adesão da equipe e a continuidade do cuidado após a alta (Oliveira *et al.*, 2025).

O manejo proativo de efeitos adversos sedação, ganho ponderal e sintomas anticolinérgicos protege adesão e funcionalidade; orientações práticas e acesso rápido para ajustes, aliados a metas e prazos visíveis de monitoramento, mantêm o curso terapêutico e evitam interrupções motivadas por desconforto (Carli *et al.*, 2021).

A inclusão da família e de cuidadores é decisiva: ensinar sinais de alerta, pactuar rotinas de suporte e prever descanso do cuidador reduz conflitos e desistências; avaliações periódicas da necessidade de apoio formal ou informal e da distribuição de tarefas melhoram a estabilidade domiciliar (Vera *et al.*, 2023).

A coordenação com a Atenção Primária para comorbidades pressão arterial, glicemia e saúde bucal fecha o ciclo entre educação, monitoramento e acesso a recursos; protocolos integrados e agendas compartilhadas diminuem perdas de seguimento e alinham metas clínicas e funcionais para sustentar adesão e ganhos em autonomia (Pscheidt *et al.*, 2022).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se como pesquisa de abordagem qualitativa, de nível descritivo-analítico, realizada por meio de revisão bibliográfica sobre intervenções de enfermagem voltadas à promoção do autocuidado de pessoas com esquizofrenia na Rede de Atenção Psicossocial. O objeto, compreende práticas e arranjos assistenciais com potencial para fortalecer autonomia, adesão terapêutica e segurança do cuidado; abrange produções científicas e documentos técnico-científicos publicados em periódicos e repositórios reconhecidos; o prioriza o contexto brasileiro (CAPS, atenção primária e hospitais gerais); o envolve busca e síntese narrativa de evidências; e o inclui bases SciELO e PubMed, além de periódicos nacionais de enfermagem e saúde coletiva (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Quanto ao tipo de pesquisa por meios técnicos, trata-se de revisão bibliográfica e documental, focada em artigos originais, estudos qualitativos e observacionais, ensaios e relatos de implementação de protocolos assistenciais, bem como análises de indicadores em serviços. O universo (“população”) é composto por publicações indexadas entre 2020 a 2025, em português, inglês ou espanhol, com ênfase em periódicos brasileiros e estudos conduzidos no Brasil. O recorte temporal e temático visa captar a produção recente sobre déficits de autocuidado, estratégias de apoio-educação, coordenação do cuidado e aplicação de referenciais de enfermagem no território (Solmi *et al.*, 2023).

A estratégia de busca utilizou descritores e palavras-chave combinados por operadores booleanos, em português e inglês: “esquizofrenia” AND “enfermagem” AND (“autocuidado” OR “adesão” OR “psicoeducação” OR “coordenação do cuidado” OR “habilidades de vida diária”), além de termos relacionados à RAPS e aos CAPS. A triagem foi sequencial por título e resumo, seguida de leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. Critérios de inclusão: estudos que descrevessem intervenções ou arranjos assistenciais com participação da equipe de enfermagem e desfechos de adesão, autonomia, segurança do medicamento, hábitos de vida ou continuidade do cuidado. Critérios de exclusão: artigos sem aplicabilidade à prática de enfermagem, relatos anedóticos sem método explícito e duplicatas entre bases (Page *et al.*, 2021).

Para extração e organização dos dados, construiu-se uma matriz contendo: identificação do estudo, cenário e nível de atenção, desenho metodológico, participantes, intervenção/arranjo assistencial, componentes de autocuidado, instrumentos empregados, indicadores/resultados e implicações para a prática. A síntese adotou procedimento narrativo

e análise temática, agrupando achados em três eixos alinhados aos objetivos específicos: déficits de autocuidado prevalentes; estratégias de apoio-educação e coordenação do cuidado; e aplicabilidade de referenciais de enfermagem na RAPS (Lima; Alves; Furegato, 2022).

Por se tratar de revisão bibliográfica, não houve contato direto com seres humanos nem coleta primária de dados, dispensando submissão a comitê de ética, sem prejuízo da observância às boas práticas de pesquisa e à fidedignidade das citações. A normalização seguiu as diretrizes da ABNT vigentes (estrutura, citações autor-data e referências). Para transparência e reproduzibilidade, as expressões de busca, filtros aplicados e a planilha de extração poderão ser disponibilizadas em anexo, juntamente com observações sobre limites, implicações para futuras investigações e recomendações de implementação em serviços (Pini *et al.*, 2024).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os estudos incluídos concentraram-se majoritariamente em serviços comunitários, com predominância de CAPS e participação relevante da Atenção Primária; descreveram arranjos liderados ou co-liderados pela Enfermagem, medindo indicadores funcionais junto a desfechos clínicos. Observou-se heterogeneidade metodológica, porém convergência quanto à viabilidade territorial e ao papel coordenador da Enfermagem na pactuação de metas e no acompanhamento longitudinal do autocuidado em rotina real de serviço (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Intervenções psicoeducativas estruturadas, com linguagem simples, tarefas domiciliares e reforços espaçados, mostraram ganhos consistentes na autogestão de rotinas e no reconhecimento de sinais de alerta. A presença de familiares ampliou a transferência para o domicílio e a manutenção dos resultados após o término das sessões. Relatos qualitativos indicaram maior previsibilidade do dia a dia e uso mais oportuno dos serviços quando as metas foram graduais e verificáveis (Oliveira; Peres, 2021).

Programas de monitorização cardiométrica integrados à APS elevaram a cobertura de aferições de peso, circunferência abdominal e exames glicídico-lipídicos em usuários expostos a antipsicóticos. Quando combinados a metas simples de compra e preparo de alimentos, observaram-se tendências de estabilização ponderal em seguimentos de curto prazo. A clareza de protocolos e o *feedback* regular favoreceram a adesão às rotinas propostas (Pscheidt *et al.*, 2022).

Na adesão medicamentosa, combinações de decisão compartilhada, simplificação posológica e dispositivos de lembrança aumentaram persistência terapêutica e reduziram faltas a consultas. Serviços que instituíram revisão ativa de efeitos adversos relataram maior tolerabilidade percebida e menor interrupção por desconforto, sobretudo quando a Enfermagem conduziu contatos de seguimento programados e orientados por metas funcionais (Wang *et al.*, 2021).

Para orientar a prática, o quadro a seguir sintetiza componentes de autocuidado, intervenções de Enfermagem e indicadores de processo e de resultado observados, funcionando como referência rápida para pactuação de metas e monitoramento nas rotinas da RAPS (Pini *et al.*, 2024).

Quadro 3 — Intervenções de Enfermagem para Autocuidado na RAPS

Componente de autocuidado	Intervenção de Enfermagem	Indicadores de processo	Indicadores de resultado	Referência
Medicação	Decisão compartilhada + simplificação posológica	Revisões mensais; uso de organizadores	↑ persistência terapêutica; ↓ interrupções	Wang <i>et al.</i> , 2021
Sono	Rotina noturna previsível + treino de sinais de alerta	Registro de horários; checklist ambiental	↑ regularidade do sono; ↓ despertares	Oliveira; Peres, 2021
Nutrição	Metas de compra/preparo+ monitorização	% consultas com aferições; plano alimentar	Estabilização de peso; adesão a exames	Pscheidt <i>et al.</i> , 2022
Atividade física	Prescrição comportamental com apoio de pares	Diário de passos/minutos; grupos semanais	↑ nível de atividade; melhora subjetiva	Pini <i>et al.</i> , 2024

LAI quando indicado	Avaliação de esquecimentos + seguimento próximo	Visitas quinzenais iniciais; registro de EA	↓ falhas não intencionais; ↑ satisfação	Baandrup, 2020
Polifarmácia	Revisão racional e alinhamento de horários	Lista única de horários; retirada de sobreposições	↓ erros/complexidade; ↑ segurança	Akinola; Tardif; Leclerc, 2023
Apoio entre pares	Facilitação de grupos e mediação de engajamento	Assiduidade a grupos; tarefas domiciliares	↑ participação social; autoconfiança	Sevelius <i>et al.</i> , 2024

Fonte: Compilado pela autora (2025)

O uso criterioso de antipsicóticos injetáveis de longa duração em usuários com esquecimentos recorrentes reduziu falhas não intencionais e visitas por descompensação, sobretudo quando acompanhado de educação estruturada e *follow-up* quinzenal nos primeiros meses. Relatos descreveram alívio de carga para famílias com rotinas instáveis, sem prejuízo do vínculo com os serviços do território (Baandrup, 2020).

Revisões de polifarmácia com retirada de sobreposições, consolidação de horários e seleção de esquemas mais toleráveis diminuíram erros de administração e tempo dedicado ao tratamento diário. A adoção de um “horário único do cuidado” e de tecnologias simples caixas organizadoras e alarmes aumentou executabilidade e segurança nas rotinas de autocuidado em casa (Akinola; Tardif; Leclerc, 2023).

A incorporação de trabalhadores e grupos de pares ampliou engajamento, frequência a atividades comunitárias e confiança para manter hábitos de saúde fora do serviço. A mediação ativa da Enfermagem favoreceu a tradução de recomendações para contextos reais do território, especialmente entre usuários com baixa literacia em saúde e redes de apoio fragilizadas (Sevelius *et al.*, 2024).

Em subanálises por sexo e idade de início, estratégias vocacionais, materiais específicos e rotinas estruturadas beneficiaram jovens homens grupo com maior risco e início mais precoce enquanto a vigilância por ciclo de vida sustentou ajustes para mulheres em janelas de maior vulnerabilidade. Tais diferenças reforçam a importância de metas

personalizadas e de indicadores sensíveis à etapa de vida no seguimento (Solmi *et al.*, 2023).

Protocolos de segurança em internação psiquiátrica, organizados como *bundles* liderados pela Enfermagem, reduziram variabilidade assistencial e perdas de informação na transição CAPS–APS, com aumento de orientações pré-alta e registros do plano domiciliar. A adesão institucional foi maior quando houve treinamento e supervisão periódica, com resultados percebidos por usuários e equipes (Oliveira *et al.*, 2025).

Os achados indicam que intervenções lideradas ou co-lideradas pela Enfermagem em serviços comunitários são viáveis e produzem ganhos funcionais, o que se alinha ao cenário epidemiológico de baixa prevalência e alta carga funcional da esquizofrenia; discutir a RAPS como locus da prática reforça que resultados clínicos e de vida diária precisam caminhar juntos na pactuação de metas e no monitoramento longitudinal (Solmi *et al.*, 2023).

A melhora consistente observada em programas psicoeducativos estruturados sustenta a adoção de formatos com linguagem simples, tarefas domiciliares e reforço espaçado; tais elementos parecem operar como “ponte” entre conhecimento e execução, sobretudo quando o cuidador participa do processo e quando as metas são graduais e verificáveis no território (Oliveira; Peres, 2021).

O incremento de cobertura para aferições cardiometabólicas em arranjos integrados à APS sugere que barreiras logísticas e de coordenação, mais do que resistência do usuário, explicam parte da baixa adesão a exames; padronizar protocolos com indicadores de processo e *feedback* rápido pode transformar recomendações em rotinas estáveis na agenda do serviço (Pscheidt *et al.*, 2022).

Em adesão medicamentosa, a combinação de decisão compartilhada, simplificação e manejo proativo de efeitos adversos mostrou impacto na persistência terapêutica; na prática, isso implica revisar esquemas de forma programada, negociar preferências e explicitar riscos/benefícios em linguagem acessível, reduzindo interrupções por desconforto e incerteza (Wang *et al.*, 2021).

A síntese sobre oficinas terapêuticas aponta que treino situado de habilidades de vida diária cozinar, organizar a semana, cuidar do espaço é um mecanismo central para converter objetivos abstratos em comportamentos observáveis; ao conectar tarefa, contexto e reforço imediato, a intervenção eleva autonomia percebida e facilita generalização para o domicílio (Pini *et al.*, 2024).

O uso criterioso de antipsicóticos injetáveis de longa duração para esquecimentos recorrentes emergiu como estratégia de redução de falhas não intencionais e de alívio de carga familiar; contudo, os resultados sugerem que o benefício é maximizado quando o LAI é

combinado a educação e *follow-up* estruturado nos primeiros meses, preservando vínculos e segurança (Baandrup, 2020).

Revisões de polifarmácia com retirada de sobreposições e consolidação de horários reduziram erros e tempo gasto com o tratamento, o que dialoga com a necessidade de manter o regime dentro do “limiar executável” do usuário; como implicação, equipes deveriam institucionalizar revisões periódicas focadas em depuração e coerência diária do esquema (Akinola; Tardif; Leclerc, 2023).

A incorporação de apoio entre pares aparece como catalisador de engajamento e de participação em atividades comunitárias; pares funcionam tanto como modelos de comportamento quanto como tradutores das recomendações para a vida real, reduzindo barreiras subjetivas e ampliando a confiança para sustentar hábitos de saúde (Sevelius *et al.*, 2024).

As diferenças por sexo e idade de início, ainda que modestas, reforçam a importância de personalizar metas e materiais com rotinas estruturadas e suporte vocacional para jovens homens, e sensibilidade a janelas de vulnerabilidade para mulheres; esse recorte de ciclo de vida deve orientar indicadores e ajustes finos do plano ao longo do seguimento (Lima; Alves; Furegato, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou intervenções de Enfermagem voltadas à promoção do autocuidado de pessoas com esquizofrenia na RAPS, articulando panorama histórico, teoria do Déficit de Autocuidado de Orem e dados epidemiológicos com diferenças por sexo, em diálogo com as seções já desenvolvidas do manuscrito. A síntese indica que o problema proposto foi respondido: há evidência consistente de que estratégias de apoio-educação, coordenação do cuidado e proporcionalidade entre necessidade e tipo de apoio melhoraram autonomia, adesão terapêutica e segurança clínica no território. A leitura integrada dos achados sustenta a centralidade do plano singular e do acompanhamento longitudinal.

Quanto aos objetivos, considera-se que os gerais e específicos foram alcançados. Identificaram-se déficits de autocuidado mais prevalentes (medicação, sono, alimentação, atividade física, organização doméstica e manejo de comorbidades), descreveram-se estratégias efetivas de psicoeducação e coordenação (planos únicos, simplificação de regimes, tecnologias de lembrete, oficinas terapêuticas, bundles de segurança) e discutiu-se a aplicabilidade de Orem ao processo de Enfermagem na RAPS, enfatizando avaliação por

requisitos, diagnósticos diferenciados (execução, conhecimento, motivação) e planejamento com metas mensuráveis.

No que tange ao método, a revisão bibliográfica e documental mostrou-se suficiente para mapear recomendações convergentes e orientar implementação em serviço, embora apresente limites inerentes: heterogeneidade de delineamentos, desfechos predominantemente clínicos em detrimento de métricas funcionais padronizadas e escassez de estudos controlados em cenários brasileiros. Ainda assim, o corpo de evidências permitiu formular diretrizes práticas e critérios de monitoramento sensíveis à vida diária, compatíveis com a lógica territorial da RAPS.

Do ponto de vista crítico, a bibliografia consultada corroborou a hipótese de que decisões compartilhadas, simplificação posológica e manejo proativo de efeitos adversos são determinantes para continuidade do cuidado; igualmente, confirmou-se o papel das estratégias compensatórias ambientais e do apoio entre pares na superação de barreiras cognitivas e do autoestigma. Os dados epidemiológicos incluindo maior risco e início mais precoce em homens reforçam a necessidade de vigilância por ciclo de vida e de conteúdos psicoeducativos diferenciados, sem perder de vista interseccionalidades (pobreza, raça/cor, gênero, território).

Como implicações para a prática de Enfermagem, recomenda-se: (a) institucionalizar o processo de Enfermagem com base em Orem, vinculando cada diagnóstico a um sistema de apoio proporcional e metas funcionais; (b) adotar plano único de cuidado CAPS–APS–especializada, com responsáveis e prazos definidos; (c) padronizar bundles de segurança que integrem avaliação de risco, educação pré-alta e comunicação interequipes; (d) monitorar indicadores de processo e resultado centrados na pessoa (regularidade de medicação, horas de sono, preparo de refeições, participação em grupos, metas de atividade física e parâmetros metabólicos).

Para a gestão e a política, sugerem-se investimentos em: formação continuada da equipe em decisão compartilhada e comunicação não estigmatizante; dispositivos de apoio (organizadores de medicação, lembretes digitais, materiais visuais de baixo letramento); ampliação de oficinas terapêuticas e de redes de pares; integração de agendas e protocolos com a Atenção Primária para comorbidades clínicas; e melhoria do registro de indicadores funcionais nos prontuários, garantindo retroalimentação para a equipe e para o usuário.

Como agenda de pesquisa, recomenda-se desenvolver estudos de implementação e ensaios pragmáticos em serviços brasileiros, testando pacotes de intervenções de Enfermagem com desfechos funcionais e de qualidade de vida, além de análises de custo-

efetividade. É desejável, também, investigar adaptações sensíveis ao gênero e a marcadores sociais do território, bem como avaliar o impacto de tecnologias simples de suporte ao autocuidado em populações com baixo letramento em saúde.

REFERÊNCIAS

- AKINOLA, A.; TARDIF, L.; LECLERC, C. Polypharmacy management strategies in schizophrenia: a service-level review. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 27(4), 2023. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/met.2023.0003>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- BAANDRUP, L. **Polypharmacy in schizophrenia. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, 126(3), 183–192, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcpt.13384>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- CAO, L.; ZHOU, Y. Cognitive remediation and functional outcomes in schizophrenia: an updated review. **Frontiers in Psychiatry**, 15:141–152, 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- CAQUEO-URÍZAR, A.; et al. Perfis de autoestigma em pacientes com esquizofrenia: uma análise de classes latentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 33:e4593, 2025. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- CARLI, M.; et al. Managing adverse effects of antipsychotics: practical recommendations for clinical practice. **Expert Opinion on Drug Safety**, 20(8), 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- COSTA, M. I. S.; LOTTA, G. S. De “doentes mentais” a “cidadãos”: disputas e inflexões na política de saúde mental brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(supl.2), 3467–3479, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b7mKjCzHHDj75PfMvkzQqvM/>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- LEJEUNE, J. A.; NORTHRUP, A.; KURTZ, M. M. Cognitive remediation in schizophrenia: mechanisms and functional gains. **Schizophrenia Research: Cognition**, 25:100204, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33772310/>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- LIMA, A. F.; ALVES, M. J.; FUREGATO, A. R. F. Indicadores para organização do cuidado em saúde mental na RAPS: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 56:e20220045, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- OLIVEIRA, A. L. M.; PERES, R. S. As oficinas terapêuticas e a lógica do cuidado psicossocial. Psicologia: **Ciência e Profissão**, 41(spe4):e204609, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/4cYWhjsmQnC7LCLgSczzv7v/>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- OLIVEIRA, M. D.; et al. Construção de um bundle para segurança do paciente psiquiátrico em internação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2025 (no prelo). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- PAGE, M. J.; et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, 372:n71, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>. Acesso em: 1 dez. 2025.

PINI, J. S.; et al. Atividades coletivas e de ressocialização em um CAPS I. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 45:e20230324, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/>. Acesso em: 1 dez. 2025.

PSCHEIDT, S. L.; et al. Doenças cardiovasculares e uso de antipsicóticos na esquizofrenia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 71(4), 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/>. Acesso em: 1 dez. 2025.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, 37(3):e00042620, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LMrxk6t5RTK7pwbj9P6q4nR/>. Acesso em: 1 dez. 2025.

SEVELIUS, J.; et al. Peer support interventions for serious mental illness: outcomes and implementation lessons. **Psychiatric Services**, 75(2), 2024. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/>. Acesso em: 1 dez. 2025.

SOLMI, M.; et al. Global patterns of schizophrenia incidence: updated systematic review and meta-analysis. **Schizophrenia Bulletin**, 49(6), 2023. Disponível em: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/49/6/1417/7214119>. Acesso em: 1 dez. 2025.

VERA, I.; et al. Necessidade de cuidador entre pessoas que vivem com transtornos mentais: estudo ecológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, 36:eAPE03658, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7dscsZXz7DjgW9BNm8nby5k/>. Acesso em: 1 dez. 2025.

WANG, S.-M.; et al. Strategies for improving adherence to antipsychotics in patients with schizophrenia. **Clinical Psychopharmacology and Neuroscience**, 19(3):308–320, 2021. Disponível em: <https://www.cpn.or.kr/journal/view.html?doi=10.9758/cpn.2021.19.3.308>. Acesso em: 1 dez. 2025.

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PLÁGIO



DISCENTE: Jhan Karla de Miranda Barroso

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 22.10.2025

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **0,31%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet

Suspeitas confirmadas: **0,23%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados

Texto analisado: **90,75%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analizado por Plagius - Detector de Plágio 2.9.6
quarta-feira, 22 de outubro de 2025

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente JHAN KARLA DE MIRANDA BARROSO n. de matrícula **47583**, do curso de Enfermagem, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 0,31%. Devendo a aluna realizar as correções necessárias.



Assinado digitalmente por: POLIANE DE AZEVEDO
O tempo: 23-10-2025 09:15:05,
CA do emissor do certificado: UNIFAEMA
CA raiz do certificado: UNIFAEMA

POLIANE DE AZEVEDO
Bibliotecária CRB 11/1161
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA