

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SALETE GOMES DE FREITAS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL AO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SALETE GOMES DE FREITAS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL AO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Mental do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA** de autoria do aluno **SALETE GOMES DE FREITAS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área de Saúde Mental.

Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

Dedicatória

Dedico este trabalho, inicialmente a Deus pela a sabedoria e coragem de seguir em frente nos momentos mais difíceis, a minha família razão maiores para que eu realizasse esse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de fé e sabedoria, por ter me guiado por caminhos iluminados e por ter me dado à coragem para seguir em frente diante nos momentos de fraqueza.

Aos meus pais, que me deram a vida, me ensinaram a respeitar o ser humano e lutar pelos meus sonhos. Essa vitória é nossa.

A minha família por ter dado sentido a minha vida e saber suportar meus momentos de ausência.

A minha orientadora, Ana Carolina, junto comigo acrescentou nessa realização desse trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA MENTAL.....	12
2.2 ESQUIZOFRENIA.....	13
2.3 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.....	13
2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.....	14
3 METODOLOGIA.....	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno crônico caracterizado por disfunções cognitivas e emocionais e alterações, principalmente, na sensopercepção, no comportamento e na capacidade de interação social. Os enfermeiros têm um papel fundamental na reabilitação das pessoas com perturbações psiquiátricas. Nessa direção, o presente estudo teve como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre a esquizofrenia e a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no contexto brasileiro. Trata-se de uma revisão de literatura por meio de consulta as publicações oficiais, de artigos levantados em duas bases de dados e manuais do Ministério da Saúde no período de 1997 a 2011. Os artigos investigados apontaram as dificuldades e desafios encontrados na assistência de enfermagem ao portador de esquizofrenia após a reforma psiquiátrica e a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral a essa clientela. Espera-se que os resultados possam ampliar discussões acerca do que pode ser realizado para melhorar assistência de enfermagem e a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia e seus familiares.

Palavras-chave: assistência de enfermagem; esquizofrenia; saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

Nós últimos anos a assistência psiquiátrica sofreu inúmeras mudanças no Brasil. Nessa direção, houve a superação do modelo manicomial, como resposta ao movimento de Reforma Psiquiátrica, e a implantação de um novo modelo de atenção com enfoque na reabilitação psicossocial dos indivíduos.

Cabe destacar, que da pré-história até o século XVIII, as pessoas classificadas como portadoras de transtornos mentais eram consideradas como pessoas possuídas por demônios, reflexo das manifestações do descontentamento dos deuses, vítimas dos castigos divinos, pecadoras, lunáticas ou, muitas vezes, insanas. De modo geral, eram isoladas em masmorras, porões ou templos e submetidas a uma série de tratamentos que incluíam o uso de camisa de força, choques e acorrentamento. (LOBO; MATTIOLLI; SANTOS, 2008). No período da Idade Média, os indivíduos classificados como portadores de transtornos mentais muitas vezes, trancafiados em casas de caridade, uma combinação de asilo e prisão, sendo tratados por carcereiros e padres, pois, a sociedade temia pela sua própria segurança e não pelo bem-estar dessas pessoas (LOBO; MATTIOLLI; SANTOS, 2008).

Cabe ressaltar, que as denúncias relativas aos maus-tratos e a falta de investimentos em saúde mental foram registradas até o fim década de 70, quando o Movimento da Reforma Psiquiátrica foi concretamente iniciado. Simultaneamente ao início da Reforma Psiquiátrica no país, foi iniciado o Reforma Sanitária Brasileira que se uniram ocupando os espaços públicos e exigindo mudanças no Sistema de Saúde e Saúde Mental (TEIXEIRA; MORAES, 2003).

A Reforma Psiquiátrica preconizou a assistência aos pacientes com transtornos mentais no ambiente em que vivem, valorizando o contexto familiar e social com vistas a uma melhor qualidade de vida e reinserção social (LUCCHESI et al., 2009)

Segundo Rocha (2009) o relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental realizado na cidade de Brasília, em 1992, afirmava que o processo saúde/doença mental está interligado ao modo de vida, a origem e as referências das pessoas, que considera as diferenças individuais o sofrimento no decorrer da vida, e não apenas naquelas situações caracterizadas como transtornos.

Desse modo, a psiquiatria brasileira passou por relevantes transformações, proporcionando ao paciente com transtorno mental, anteriormente entendido como “louco” que atormentava a sociedade, a condição de um ser humano que adoece e necessita de um tratamento integral e humanizado.

Com o processo de desinstitucionalização, os leitos em hospitais psiquiátricos foram reduzidos progressivamente o que favoreceu a implantação de novas alternativas de tratamento, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Os CAPS têm como objetivo oferecer uma assistência digna, individualizada e humanizada aos doentes mentais, com vistas à inclusão social (AZEVEDO, 2005). Nos CAPS são atendidas pessoas que apresentam transtornos mentais, o que inclui pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

A esquizofrenia é caracterizada por uma desorganização ampla dos processos mentais, causando alterações principalmente na sensopercepção no comportamento e na capacidade de interação social do doente. O desenvolvimento da esquizofrenia pode causar ao paciente um prejuízo tão severo que é capaz de interferir amplamente na sua capacidade de atender às exigências da vida e da realidade.

Em geral, a esquizofrenia afeta 1% da população adulta, principalmente na faixa etária entre 15 a 35 anos. Apesar de sua incidência relativamente baixa (mediana de 15,2 casos novos por ano em cada 100 mil habitantes), sua prevalência é alta na população (mediana de quatro casos para cada 100 pessoas). Esse transtorno atinge em média 24 milhões de pessoas no mundo e em torno de 1,8 milhões, no Brasil. O risco apresentado aos indivíduos para o surgimento de esquizofrenia ao longo da vida de 0,3 a 2 %, com média de 0,7 % (BRASIL, 2004).

A esquizofrenia possui melhor prognóstico quando o tratamento é realizado em estágios iniciais. O tratamento é oferecido em nível comunitário e abarca a participação ativa da família e da comunidade. Porém 50% das pessoas com esquizofrenia não recebem tratamento apropriado, sendo que 90% delas vivem em países em desenvolvimento (FALKAI et al., 2006; MARI; LEITÃO, 2000; ELKIS et al., 2011).

A esquizofrenia compromete a vida do paciente, tornando-o frágil diante de situações estressantes do cotidiano, o que aumenta o risco para o suicídio. O risco de suicídio em pessoas com esquizofrenia é da ordem de 5% (PALMER, PANKRATZ,

BOSTWICK, 2005). É caracterizada pelas dimensões psicopatológicas: presença de sintomas psicóticos ou positivos (delírios, alucinações, sendo as auditivas as mais frequentes), de desorganização (do pensamento e da conduta), sintomas negativos (embotamento afetivo-volitivo), perdas cognitivas (sobretudo déficit da capacidade de abstração e insight) e sintomas depressivos e ansiosos. A sua expressão varia de indivíduo para indivíduo (ELKIS et al., 2011).

A etiologia da esquizofrenia é ainda pouco conhecida. Reconhece-se que há uma predisposição genética e que fatores circunstanciais podem contribuir para o estabelecimento da doença. Alguns desses fatores têm relação até com o período anterior ao nascimento, complicações durante o parto, desnutrição e danos cerebrais. (BELISSIMO, 2005; OMS, 1993).

O controle dos sintomas positivos é essencial, pois, proporcionam à inserção e promoção a adesão ao tratamento. Dentre a equipe multidisciplinar que atua no CAPS, a assistência de enfermagem psiquiátrica oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento e a reinserção social por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A função desse serviço é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, internação em hospitais psiquiátricos e promovendo a inserção social das pessoas com transtorno mental de forma gradual e planejada (BRASIL, MS, 2007).

A cada dia torna-se crescente a preocupação dos profissionais de saúde com a saúde mental. Os enfermeiros têm um papel fundamental na reabilitação das pessoas com perturbações psiquiátricas, sendo que, para tal, é necessária uma maior sensibilização, e a implantação de estratégias de saúde, algumas já incluídas no Plano Nacional de Saúde Mental.

Como participante colaboradora no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), incluído a tendência saúde mental das diferentes formas de tratamento e intervenções que estão sendo realizadas no cuidado ao paciente com esquizofrenia, sendo possível detectar a problemática dos portadores da esquizofrenia, devido ao alto índice encontrado nos resultados. Portanto, há uma preocupação em reduzir os danos causados por essa patologia, proporcionando mudanças no seu âmbito social e familiar. Partindo

dessa argumentação, podemos investigar qual assistência de enfermagem prestada ao paciente portador de esquizofrenia, no Centro de Atenção Psicossocial.

Nessa direção o presente estudo teve como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre a esquizofrenia e a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no contexto brasileiro.

Certamente a essência deste trabalho contribuirá para apresentar as características da esquizofrenia e a assistência de enfermagem oferecida aos pacientes com esquizofrenia no contexto brasileiro. Desse modo, o presente trabalho poderá contribuir para avaliação e elaboração de diferentes estratégias de intervenção e prevenção para os pacientes com esquizofrenia, bem como, fornecer informações importantes para melhorar a assistência de enfermagem a essa clientela.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA MENTAL

A área Psiquiátrica e da Saúde Mental evoluiu muito através dos tempos. Durante a pré-história não se pensava em doença mental, não havia psiquiatra. Os lunáticos, os dementes e principalmente “loucos” foram termos utilizados para definir as pessoas mentalmente doentes. Durante muito tempo, inúmeros tratamentos severos foram utilizados como forma de tratamento para essa clientela. (ATKINSON, 1995).

O ato marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil foi à criação do primeiro hospital brasileiro o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852. Nos anos seguintes, instituições públicas semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais. O discurso médico, representado pela jovem Sociedade de Medicina Brasileira de então, ressaltava a necessidade de um tratamento nos moldes implantados, na Europa. Assim, também no Brasil, a ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão (MINAS GERAIS, 2006).

Ao final da década de 1950, a situação nos hospitais psiquiátricos retratava superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos grosseiros, falta de vestuário e de alimentação, péssimas condições físicas, cuidados técnicos escassos e automatizados (MINAS GERAIS, 2006).

A Reforma Sanitária, no campo da saúde mental, foi consolidada no final da década de 1970 e enfatizou o reconhecimento da cidadania dos portadores de transtornos mentais. Nessa direção, com o Movimento da Luta Antimanicomial, surgiram as propostas do fim dos manicômios e sua desinstitucionalização, coincidindo com o fim da ditadura militar brasileira e o início da anistia política. Nesse contexto, tiveram início os questionamentos acerca das práticas de Saúde Mental, direcionando um novo olhar sobre a assistência psiquiátrica (COSTA, 2001).

A reforma psiquiátrica brasileira teve início com a lei 10.216 publicada em abril de 2001. Por meio dessa lei modificou-se modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseado em serviços de saúde mental descentralizado (ANDREOLI, 2007).

A Portaria nº 336 publicada em 2002 estabelece os critérios para a implantação dos CAPS. Os CAPS integram a rede do sistema único de saúde (SUS) e tem como principal objetivo prestar atendimento prioritário à pacientes com transtornos mentais

severos e persistentes em sistema de atenção diária. Os CAPS devem funcionar de acordo com a territorialidade, possuir área física, independente de qualquer estrutura hospitalar, responsabiliza-se, sob a coordenação do gestor local pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial, constituir sua equipe de modo que possa supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica e programas de saúde mental (BRASIL 2002).

2.2 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é um transtorno crônico, de causa desconhecida, caracterizado por disfunções cognitivas e emocionais e alterações, principalmente, na sensopercepção, no comportamento e na capacidade de interação social (MACHADO, 2005).

Inicialmente, a esquizofrenia era denominada como demência precoce, esse diagnóstico era baseado em três características principais a sintomatologia observada dos déficits da atenção, da compreensão, alucinações, pensamentos sonoros, mudança de comportamento, na etiologia e na evolução da doença que era desfavorável para a vida do esquizofrênico (DITTMAR, 1999).

A idade de início é tradicionalmente considerada como um fator importante para o prognóstico. É extremamente raro o aparecimento da doença antes dos 10 anos e depois dos 50 anos, acomete tanto homem quanto mulher (MENEZES, 2000).

2.3 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia pode apresentar início agudo ou insidioso, os quais possuem características distintas evoluindo para uma sintomatologia própria. O início agudo é caracterizado pelo aparecimento dos sintomas de forma abrupta, evoluindo para uma deterioração se não tratados imediatamente (SANTOS; TEIXEIRA, 1987).

Geralmente, os sintomas da esquizofrenia se desenvolvem lentamente durante meses ou anos. Às vezes, podem ocorrer vários sintomas, e outras vezes, podem ocorrer somente alguns. Os sintomas mais comuns estão associados à regressão, a confusão e a ansiedade que progridem para estado de pânico, delírio, excitação motora, insônia e atitudes catatônicas (FERRARI, 1996).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais versão IV (DSM IV) a esquizofrenia é classificada em cinco tipos paranóide, catatônica, indiferenciada, residual e desorganizada.

Esquizofrenia paranóide, a característica essencial deste tipo é a existência de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas. Os sintomas de tende ser

mais tardio do que os outros tipos, as suas características diferenciadoras podem ser mais estáveis ao longo do tempo. É o tipo mais comumente de tratamento, demonstrando ter o melhor prognóstico com alta capacidade reabilitação social e vida independente.

Esquizofrenia catatônica é acentuada pela perturbação psicomotora, que pode envolver imobilidade motora. Os principais sintomas são a atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia. A imobilidade motora pode ser manifestada por cataplexia (paralisia motora momentânea), ecolalia (repetição patológica, às vezes sem sentido de palavras/frases de alguém que falou), ou estupor, às vezes, há uma rápida alternância entre os extremos de excitação e estupor.

Esquizofrenia indiferenciada este tipo demonstra presença de sintomas que satisfazem o critério de esquizofrenia, mas não satisfazem os critérios para os tipos paranóide e catatônico, citados anteriormente.

Esquizofrenia residual, estão presentes evidências contínuas de perturbação esquizofrênica, os sintomas para este tipo são ausência de um conjunto completo de sintomas ativos ou de sintomas suficientes pra a classificação como um outro tipo de esquizofrenia, sintomas de delírios e alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico.

Esquizofrenia desorganizada, os critérios são discurso desorganizado, que pode vir associado de comportamento pueril por atitudes tolas e risos sem relação adequada com o conteúdo do discurso, além de trejeitos faciais, e afeto embotado ou inadequado. A desorganização comportamental (isto é, falta de orientação para um objetivo) pode levar a uma severa perturbação na capacidade de executar atividades da vida diária. O tipo desorganizado é considerado o de tratamento mais complicado

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A enfermagem é um processo interpessoal pelo qual enfermeiro profissional auxilia um indivíduo, uma família ou a comunidade, a prevenir ou lidar com a experiência da enfermidade mental, e, se necessário, encontrar um sentido para estas experiências. A primeira tentativa de sistematização do ensino da enfermagem brasileira foi na área psiquiátrica, onde o hospício era o núcleo central da prática de enfermagem.

À enfermagem foi outorgado o direito de controlar, disciplinar e reeducar o doente mental, estabelecendo e legitimando a vigilância e o confinamento como principais instrumentos da assistência (RESENDE, 1987).

A esquizofrenia é uma doença grave de evolução lenta e progressiva que acomete milhares de pessoas em todo mundo, tornando-se um importante problema de saúde pública. No Brasil, são registrados 56.000 casos por ano, necessitando assim de tratamento intensivo. Desse modo, o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental no cuidado ao pacientes com esquizofrenia (MARI; LEITÃO, 2000).

A assistência de enfermagem em saúde mental está fundamentada no relacionamento interpessoal através do qual observa os aspectos biopsicossociais do ser humano. No aspecto biológico a enfermagem observa efeitos colaterais da medicação, acompanha a saúde geral do paciente e sua família. No campo psicossocial, pode se envolver em diversas atividades, tais como realizar visita domiciliar, coordenar grupos de pacientes em oficinas e outros temas, ampliando as alternativas terapêuticas para o bom relacionamento entre paciente, família e enfermagem (GIACON e GALERA, 2006).

As ações de enfermagem em saúde mental visam ampliar a qualidade de vida do paciente com esquizofrenia e sua família com a finalidade de colaborar para a sua reintegração social, controlar o surgimento de novo surtos e tornar todos os envolvidos mais participativos no tratamento do paciente (GIACON e GALERA, 2006).

3 METODOLOGIA

O método utilizado foi à revisão de literatura que teve como finalidade contextualizar a esquizofrenia e a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no Brasil.

A revisão de literatura foi realizada mediante levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002). Para Gil (2007), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema.

A questão elaborada para guiar a pesquisa foi “Qual é o conhecimento científico produzido a respeito da esquizofrenia e da assistência prestada aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no contexto brasileiro?”

Os critérios de seleção foram: artigos que retratassem sobre a esquizofrenia e as formas de assistência aos pacientes portadores; artigos publicados em português, produzidos no período de 1997 a 2011; artigos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO) e, também, em livros da área de saúde, e manuais do Ministério da Saúde da Organização Mundial da Saúde (MS/OMS). Os descritores empregados foram assistência de enfermagem; esquizofrenia; saúde mental.

Na base de dados LILACS foram encontrados dois artigos, no SciELO quatro e nos outros locais 21. Após leitura exaustiva do título, resumo e palavras-chave os artigos foram pré-selecionados para a leitura na íntegra.

De acordo com os dados acima, percebe-se um aumento do número de publicações no período de 2005 a 2008. Além disso, a maioria dos artigos foi publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria. Para análise dos dados foi realizada leitura

exaustiva dos artigos na íntegra e a organização dos dados para uma melhor compreensão acerca do cuidado ao portador de transtorno mental.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados de Gonçalves e Sena (2001) mostraram que o conhecimento acerca da história é caminho para explicitar as contradições e determinações presentes na trajetória da humanidade. O enfoque na loucura como doença e na psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade. A partir do século XVIII os loucos eram tratados em templos, domicílios e instituições. A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. Hoje, esta realidade ainda existe, porém de forma mais consciente e menos exclusiva.

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental e tem como uma das vertentes principais, a desinstitucionalização. Atualmente, a reforma psiquiátrica é discutida como parte das políticas de saúde, principalmente no âmbito dos governos municipais. Na esfera federal, o Projeto de Lei 3.657, de 1989, depois de aprovado na Câmara dos Deputados em 1991, tramitou no Senado, e só em janeiro de 1999, foi aprovado um projeto substitutivo. O projeto de Lei 3.657 cumpriu um importante papel que foi o de trazer para o debate a realidade da assistência psiquiátrica brasileira e suscitar decisões importantes para a consolidação da reforma psiquiátrica no país (GONÇALVES; SENA, 2001).

Para Alves (1993) os resultados ressaltam para um novo direcionamento do olhar sobre a saúde, que vem tentando deslocar a atenção do objeto doença mental, para a existência-sofrimento e, por sua vez, alargar a compreensão da relação deste objeto com a reprodução sociocultural da população. Contudo, de acordo com Medeiros (2005), há uma dificuldade em se trabalhar a saúde do indivíduo, pois existe uma visão unidirecional que trabalha com a definição de doença e, conseqüentemente, elaboram-se ações visando à doença, e nem sempre à promoção da saúde.

O movimento da Reforma Psiquiátrica proporcionou na sociedade distintas interpretações que vão de encontro aos propósitos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. As observações diversificadas sobre esse fenômeno são influenciadas na medida em que as propostas reformistas, no âmbito teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural, ganham visibilidade e destaque na sociedade. Através, dos diferentes

contextos em que os profissionais de saúde, usuários, familiares, gestores, e a comunidade, estão inseridos, também, influenciam a complexa rede de interpretações acerca do transtorno mental e sua assistência requerida.

A psiquiatria agrupava sobre o termo de esquizofrenia um conjunto de doenças graves que modificam a personalidade por um período duradouro, que compreendia, na maioria dos casos, uma alienação mental que podia ser caracterizada como uma degradação da mente levando a demência precoce (STERIAN, 2002).

De acordo Mari e Leitão (2000) as revisões dos estudos de prevalência de esquizofrenia originam uma estimativa aproximada de 0,5%. Os estudos de prevalência realizados nos últimos anos sugerem uma prevalência aproximada na ordem de 1%. Em recente revisão da OMS sobre o impacto mundial da esquizofrenia, as estimativas de sua incidência sugerem a ocorrência de aproximadamente quatro casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes. Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil mostram estimativas de incidência e prevalência compatíveis com as observadas em outros países.

Segundo Lehman e Steinwachs (1998) a esquizofrenia é caracterizada por distúrbios mentais graves e persistentes, caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto. Seu curso é variável, com cerca de 30% dos casos apresentando recuperação completa ou quase completa, 30% com remissão incompleta e prejuízo parcial de funcionamento e 30 % com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo.

A esquizofrenia afeta aproximadamente 1% da população e é responsável por 25% das internações psiquiátricas. Mais de 100 ensaios clínicos randomizados e duplo-cegos em metanálises mostraram claramente a eficácia dos medicamentos antipsicóticos "tradicionais" como alternativas de primeira linha para o tratamento dos sintomas positivos da esquizofrenia (LEHMAN; STEINWACHS, 1998).

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997) a esquizofrenia paranóide é a mais comum, com início tardio e com melhor prognóstico. A esquizofrenia desorganizada, ou hebefrênica, tem início precoce e pode causar comprometimento social extremo. A esquizofrenia catatônica é descrita como sendo a menos frequente, ressaltando que esse tipo era mais comum antes do advento das medicações antipsicóticas. De modo geral, na esquizofrenia residual o indivíduo já apresentou ao menos um episódio anterior com sintomas psicóticos graves, e destaca-se pelo discurso empobrecido, pensamento ilógico ou apatia.

Cabe destacar, que nos últimos anos a esquizofrenia tem sido amplamente estudada e para o sucesso no tratamento é fundamental o envolvimento do paciente, família e profissionais de saúde. Assim, a equipe de enfermagem aparece como um importante recurso no acompanhamento e reinserção social dessa clientela.

Para Murta, (2008) o enfermeiro tem papel fundamental no desenvolvimento de ações para os pacientes com esquizofrenia, com enfoque na educação em saúde, apoio, acolhimento e restabelecendo do paciente por meio da estruturação de uma assistência sistematizada, individualizada e, principalmente, articulada as necessidades de cada paciente e sua família.

Cabe ressaltar, que poucos artigos investigados relaram sobre as questões éticas e a necessidade de investimentos na qualificação dos profissionais da área da saúde mental. Por outro lado, vários destacam a importância da reabilitação do portador de esquizofrenia na sociedade, por meio da utilização de novas abordagens terapêuticas, como a realização do acolhimento com enfoque na promoção de saúde e reintegração social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi possível caracterizar a esquizofrenia e apresentar a assistência prestada aos portadores de esquizofrenia no contexto brasileiro, mediante levantamento das pesquisas realizadas nos últimos anos.

O estudo evidenciou que a assistência de enfermagem ao indivíduo com esquizofrenia tem sido amplamente divulgada pela literatura nacional, principalmente após a reforma psiquiátrica. Desse modo, é possível inferir que a assistência de enfermagem em saúde mental apresenta-se em constante evolução desde a reforma psiquiátrica. Houve a implantação de práticas terapêuticas voltadas à promoção em saúde e reinserção social dos pacientes.

REFERENCIAS

_____. Secretaria de assistência à Saúde (BR). Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. A Ciência da Saúde. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 99-135.

ALVES, Paulo César. O Discurso sobre a Enfermidade Mental. Revista Saúde e Doença, 1993. p. 91-99.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Texto revisado. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.p. 27-28.

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI, J. J. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.

ATKINSON, Rita L. et. al. **Introdução à psicologia**. (Trad.) Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AZEVEDO, D.M. **A esquizofrenia sob a ótica familiar: o discurso dos cuidadores**. Campina Grande, 2005. 73p. (Trabalho acadêmico orientado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, 2005.

BAGGIO, M.A. O significado de cuidado para o profissional da equipe de enfermagem, 2006.

BELISSIMO, M. Esquizofrenia atinge 1,8 milhão de pessoas no Brasil. **ABP Brasil**. 2005. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/clipping/exbclipping/?clipping=403-13k>>. .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília-DF. 2004.

CASTRO, S.A.; FUREGATO, A.R.F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. 10(4): 957-65. 2008.

CID-10. Classificação dos Transtornos Mentais e de comportamento. Porto Alegre: Organização Mundial da Saúde, 2000.

COSTA, Nilson do Rosário et al., Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. 7ª ed. Vozes, Petrópolis, 2001. 126 p.

DITTMAR, W.H. O desafio da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 21, n. 1. São Paulo, março/1999.

ELKIS, H. et al. Esquizofrenia. In: In: MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W.F. **Clínica Psiquiátrica**. Barueri-SP: Manole, 2011. cap.128, p. 1830-9.

FALKAI, P. et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n.33, p.7-64, 2006. suplemento.

FERREIRA FILHA, M. O.; MEDEIROS, E. N.; VIANNA, R. P. T; Estudos epidemiológicos na área de saúde mental no Brasil. *Online Brazilian Journal of Nursing* v.5, n.1, 2006.

FLEITLICH, B. W; GOODMAN, R. Epidemiologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. n. 22 (supl II). 2000. p. 2-6.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIACON, B. C. C; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 2006.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

KANTORSKI, L.P. O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In:

VALLADARES, A. C. A. **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo, 2004.

Kaplan – *Compêndio de Psiquiatria*, 2007; *Manual de Psiquiatria da UNIFESP*, 2011; CID-10; DSM-IV; site Psiquweb.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Lehman AF, Steinwachs DM. At issue: translating research in to practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24:1-10.

Lucchese R, Oliveira AG, Conciani ME, Marcon SR. Mental health and the Family Health Program: pathways and obstacles in a necessary approach. *Cad Saude Publica*. 2009 Sep;25(9):2033-42.

MACHADO, Sabrina. Contribuição das relações sociais e familiares no tratamento da esquizofrenia. 2005. f.112. Monografia (Bacharelado em Psicologia). Curso de Graduação em Psicologia. Caçador: UnC, 2005.

MARI, J.J.; LEITAO, R.J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 15-7, maio 2000. Suplemento 1.

MEDEIROS, E. N. Prevalência dos transtornos mentais e perfil socioeconômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos. João Pessoa, 2005. Tese (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa, PB.

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MURTA GF, Sampaio J, Salci MA. **Enfermagem em Saúde mental e Psiquiátrica**. In: Saberes e praticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 4º ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão; 2008.

OMS - Organização Mundial de Saúde, Organização Pan- Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.

OPAS/OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001- saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: OMS, 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PALMER, B.A., PANKRATZ, V.S., BOSTWICK, J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. **Arch Gen Psychiatry**. v.62, n.3, p. 247-53, 2005.

Psiquiátrica. In: Saberes e praticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 4º ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão; 2008.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROCHA, Ruth Mylius. **A enfermagem em saúde mental**. 2. ed. 2009.

STERIAN, A. A. Esquizofrenia. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, col. clínica psicanalítica. 2002.

TEIXEIRA, Andrey; MORAES, Juliana de. **Interação Familiar**: uma proposta assistencial ao indivíduo/família sofredor mental, através da Teoria Interacionista de Joyce Travelbee. 2003. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)- Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.